

**UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTE DE SANTE
DEPARTEMENT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

ANNEE : 2022

THESE 2022/TOU3/2107

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
par

RINEAU Audrey

**MAINTIEN À DOMICILE DU PATIENT ÂGÉ : RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE,
MATÉRIEL MÉDICAL ET FICHES PRATIQUES D'AIDE À LA DISPENSATION**

Le Jeudi 01 Décembre 2022

Directeur de thèse : Dr TOURRETTE-DIALLO Audrey

JURY

Président : Pr GIROD-FULLANA Sophie
1^{er} assesseur : Dr TOURRETTE-DIALLO Audrey
2^{ème} assesseur : Dr NOYES Bastien
3^{ème} assesseur : Dr SISTAC Gaëlle
4^{ème} assesseur : Dr BOYER Guilhem

PERSONNEL ENSEIGNANT
du Département des Sciences Pharmaceutiques de la Faculté de santé
au 4 avril 2022

Professeurs Émérites

Mme BARRE A.	Biologie Cellulaire
M. BENOIST H.	Immunologie
M. BERNADOU J.	Chimie Thérapeutique
M. CAMPISTRON G.	Physiologie
Mme NEPVEU F.	Chimie analytique
Mme ROQUES C.	Bactériologie - Virologie
M. ROUGE P.	Biologie Cellulaire
M. SALLES B.	Toxicologie

Professeurs des Universités

Hospitalo-Universitaires

Mme AYYOUB M.	Immunologie
M. CESTAC P.	Pharmacie Clinique
M. CHATELUT E.	Pharmacologie
Mme DE MAS MANSAT V.	Hématologie
M. FAVRE G.	Biochimie
Mme GANDIA P.	Pharmacologie
M. PARINI A.	Physiologie
M. PASQUIER C.	Bactériologie - Virologie
Mme ROUSSIN A.	Pharmacologie
Mme SALLERIN B.	Pharmacie Clinique
M. VALENTIN A.	Parasitologie

Universitaires

Mme BERNARDES-GENISSON V.	Chimie thérapeutique
Mme BOUTET E.	Toxicologie - Sémiologie
Mme COUDERC B.	Biochimie
M. CUSSAC D. (Vice-Doyen)	Physiologie
M. FABRE N.	Pharmacognosie
Mme GIROD-FULLANA S.	Pharmacie Galénique
M. GUIARD B.	Pharmacologie
M. LETISSE F.	Chimie pharmaceutique
Mme MULLER-STAU MONT C.	Toxicologie - Sémiologie
Mme REYBIER-VUATTOUX K.	Chimie analytique
M. SEGUI B.	Biologie Cellulaire
Mme SIXOU S.	Biochimie
M. SOUCHARD J-P.	Chimie analytique
Mme TABOULET F.	Droit Pharmaceutique

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires

M. DELCOURT N.	Biochimie
Mme JUILLARD-CONDAT B.	Droit Pharmaceutique
Mme KELLER L.	Biochimie
M. PUISSET F.	Pharmacie Clinique
Mme ROUCH L.	Pharmacie Clinique
Mme ROUZAUD-LABORDE C	Pharmacie Clinique
Mme SALABERT A.S.	Biophysique
Mme SERONIE-VIVIEN S (*)	Biochimie
Mme THOMAS F. (*)	Pharmacologie

Universitaires

Mme ARELLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme AUTHIER H.	Parasitologie
M. BERGE M. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme BON C. (*)	Biophysique
M. BOUJILA J. (*)	Chimie analytique
M. BROUILLET F.	Pharmacie Galénique
Mme CABOU C.	Physiologie
Mme CAZALBOU S. (*)	Pharmacie Galénique
Mme CHAPUY-REGAUD S. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme COLACIOS C.	Immunologie
Mme COSTE A. (*)	Parasitologie
Mme DERA EVE C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme ECHINARD-DOUIN V.	Physiologie
Mme EL GARAH F.	Chimie Pharmaceutique
Mme EL HAGE S.	Chimie Pharmaceutique
Mme FALLONE F.	Toxicologie
Mme FERNANDEZ-VIDAL A.	Toxicologie
Mme GADEA A.	Pharmacognosie
Mme HALOVA-LAJOIE B.	Chimie Pharmaceutique
Mme JOUANJUS E.	Pharmacologie
Mme LAJOIE-MAZENC I.	Biochimie
Mme LEFEVRE L.	Physiologie
Mme LE LAMER A-C. (*)	Pharmacognosie
M. LE NAOUR A.	Toxicologie
M. LEMARIE A.	Biochimie
M. MARTI G.	Pharmacognosie
Mme MONFERRAN S	Biochimie
M. PILLOUX L.	Microbiologie
M. SAINTE-MARIE Y.	Physiologie
M. STIGLIANI J-L.	Chimie Pharmaceutique
M. SUDOR J. (*)	Chimie Analytique
Mme TERRISSE A-D.	Hématologie
Mme TOURRETTE-DIALLO A.	Pharmacie Galénique
(*)	Pharmacognosie
Mme VANSTEELANDT M.	Mathématiques
Mme WHITE-KONING M. (*)	

(*) Titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires

M. AL SAATI A	Biochimie
Mme BAKLOUTI S.	Pharmacologie
Mme CLARAZ P.	Pharmacie clinique
Mme CHAGNEAU C.	Microbiologie
Mme LARGEAUD L	Immunologie
M. LE LOUEDEC F.	Pharmacologie
Mme STRUMIA M.	Pharmacie clinique
Mme TRIBAUDEAU L.	Droit Pharmaceutique

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Mme AMRANE Dyhia	Chimie Thérapeutique
------------------	----------------------

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Au Professeur Sophie Girod-Fullana, pour m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse.

Au Docteur Audrey Tourrette-Diallo, d'avoir accepté d'encadrer cette thèse. Merci pour vos enseignements, votre disponibilité, vos conseils et votre bienveillance. Ce fut un plaisir de travailler avec vous.

Au Docteur Bastien Noyes. Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Ce fut compliqué mais ça y est j'ai enfin fini ! Merci de m'avoir formé pendant toutes ces années, et de m'avoir fait confiance depuis la troisième année. Merci pour ta bienveillance, ta gentillesse, ta bonne humeur et surtout ta patience. C'est un réel plaisir de travailler avec toi et j'espère que cela continuera encore pendant de nombreuses années.

Au Docteur Gaëlle Sistac. La première chose concrète de cette thèse c'était de t'avoir dans mon jury, et ça y est, on y est !! Tu as été présente de A à Z pour cette thèse, du choix compliqué du sujet jusqu'à la relecture finale (soit l'équivalent de quelques années ahah). Merci de ton soutien à toute épreuve, de ta confiance et d'avoir cru en moi. Une vraie collègue en or. Et merci pour toutes ses soirées passées ensemble, j'espère que l'on finira vieilles et aigries ensemble, à râler autour d'un bon mojito.

Au Docteur Guilhem Boyer, merci d'avoir accepté de m'accompagner et de m'aider tout au long de la rédaction de cette thèse. Vous m'avez été de très bons conseils et d'une aide précieuse. Je vous remercie pour votre implication et votre grande réactivité.

À ma famille

À mes parents.

Papa et Maman, merci pour tout ! De m'avoir épaulée et de toujours avoir été présents durant toutes ces (très longues) années d'études, je sais que ça n'a pas été de tout repos. Merci de votre confiance. Merci pour votre soutien sans faille et votre patience. Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous faites pour moi, et si j'en suis là aujourd'hui, c'est grâce à vous.

À ma sœur Elodie, merci d'avoir toujours été présente, de m'avoir soutenue, et de m'écouter râler après mes (dures) journées de labeur ahah. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble.

À ma marraine Christine, à Jacques, et à mes cousines Christelle, Véronique et Marie. Merci pour tous ces Noël passés ensemble et tous ceux à venir. Et peut-être à nos futures journées ski ;)

À mes grands-mères, merci pour votre soutien, votre bienveillance et votre gentillesse. Mamie Irène, merci pour tous tes bons petits plats (surtout le pão de ló et la tarte aux pommes). Mamie Mado, j'espère te rendre fière de là-haut.

À toute ma famille, merci pour votre soutien et votre bienveillance.

À mes amis

À Clara, ma meilleure amie d'enfance, merci à la compote qui nous a réunie et qui fait qu'on se supporte depuis plus de 15 ans (ça ne nous rajeunie pas ahah) mais je n'ai aucun doute sur le fait que ça durera encore une éternité ! Bientôt ton tour de devenir docteur ;)

À Marie, Lisa, Jérémie, Cédric et Clara, merci d'avoir été présents depuis les années lycées. Merci pour toutes ses soirées raclettes/jeux/casino/(bowling pour ceux qui s'en rappellent), les vacances et les week-ends ensemble, et pour ce fameux nouvel an où on a tous failli mourir enfumé, pour tous ses moments de joie, de bonheur et de fous rires et à tous ceux à venir.

À Tessa, ma meilleure amie globe-trotteuse, merci de ta bonne humeur contagieuse, de ton écoute attentive à toute épreuve, et sans oublier bien évidemment toutes ces soirées pyjamas. À bientôt au pays des caribous.

À Anne-Lise, la meilleure des rencontres à la pré-rentree Paces. Merci d'avoir été là pendant ses deux (longues) années sur les bancs de l'amphi 4, je ne sais pas comment j'aurais fait sans toi ! Merci pour toutes ses soirées sushis et papotages, et à nos futurs week-ends remplis d'imprévus. Bientôt ton tour de devenir docteur ;)

À Léa, ma bestah de promo, avec qui j'ai passé toutes ces soirées d'inté, et ces wei dont on ne préférera pas se souvenir ahah. Merci d'être là au quotidien, pour ces soirées domac ou resto, ces week-ends au Barcarès et j'en oublie certainement pleins d'autres (tmtc ahah). Merci pour ton soutien sans faille, de me remonter le moral pendant mes coups de mous et pour tous nos vocaux après une dure journée.

À Emmanuelle, une binôme en or, je n'aurais pas pu rêver mieux. Je me demande encore comment on a pu réussir tous ces Tps, un vrai binôme de choc ahah. Merci de ta gentillesse à toute épreuve et pour tous ces week-ends à Narbonne (et maintenant à la montagne) !

À Julie S, merci d'avoir accepté d'être ma marraine à cette soirée d'intégration, ces années d'études auraient été bien tristes sans toi. Merci pour ton humour décapant, pour toutes ces journées passées à la BU bien plus supportables à deux, pour toutes ces soirées, pour le ski dans les rues de Toulouse (si tu t'en souviens) et pour ces week-ends et vacances passées ensemble.

À Aude, merci d'être toi tout simplement, pour ta gentillesse et ta bonne humeur, tu es une vraie bouffée d'air frais. J'ai hâte de retourner faire la tournée des festivals et des escapes games avec toi et Vimel !

À Alis, merci pour ses pharm'halloween qui ont plus ou moins bien finis et surtout merci pour toutes ses années (plus ou moins) sportives, sans oublier les kebabs pour bien terminer la séance.

À Julie B, merci d'avoir été présente pendant toutes ces années, et merci de continuer tes podcasts hilarants.

À toute l'équipe de la pharmacie de la Méditerranée

Bastien, Gaëlle, Caro, Sabrina, Véro, Laura, Christelle. Merci à tous pour cette équipe de choc qui ne râle jamais ! Et merci pour cette addiction au sucre et à la caféine.

À Sabrina et Véro merci d'avoir été là depuis le tout début et de m'avoir formé. Merci Sabrina d'avoir relu ma thèse, et pour tous tes conseils. Merci également pour tes mojitos et tes excursions au Pas de la Case. Merci Véro pour ta patience à presque toute épreuve ahah.

Merci Kiki d'illuminer tous nos jeudis, merci de m'avoir remotivé à écrire cette thèse et à ces dimanches chez toi (nourrie et chouchoutée), je ne l'aurais pas encore finie si tu n'avais pas été là, je ne t'en remercierais jamais assez !

Merci Caro d'être un rayon de soleil au quotidien, merci pour ta gentillesse, ta bienveillance et pour tes conseils depuis toutes ces années. Je testerai le Zenalia pour l'oral ;)

Merci Laura pour ta bonne humeur, en espérant à l'avenir avoir plus de moments pour travailler ensemble.

Et même si tu t'en es allée vers de nouvelles contrées, merci Laurent pour ta gentillesse et tous tes conseils, tu pourras me demander sans prendre de pincettes où j'en suis de ma thèse maintenant ahah.

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS	11
LISTE DES FIGURES	13
LISTE DES TABLEAUX	15
1. INTRODUCTION	16
1.1 ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE	16
1.2 LE VIEILLISSEMENT	16
1.2.1 LES DIFFÉRENTS TYPES DE VIEILLISSEMENT	17
1.2.2 ÉVALUATION DE LA DEPENDANCE	18
1.3 LE PROGRAMME ICOPE	20
2. LE MAINTIEN À DOMICILE	22
2.1 DÉFINITION DU MAINTIEN À DOMICILE	22
2.1.1 MAD, SAD OU HAD ?	22
2.2 LES DIFFÉRENTS TYPES DE MARCHÉS	23
2.3 LES DISPOSITIFS MÉDICAUX	24
2.3.1 DÉFINITION ET CLASSE DE RISQUE	24
2.3.2 MISE SUR LE MARCHE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX ET MARQUAGE CE	24
2.3.3 L'IDENTIFIANT UNIQUE DES DISPOSITIFS (IUD)	25
2.3.4 LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX	26
2.3.5 MATÉRIOVIGILANCE	28
2.4 LES DIFFÉRENTS ACTEURS DU MAINTIEN À DOMICILE	28
2.4.1 LES DISPOSITIFS D'APPUI À LA COORDINATION (DAC) : UN INTERLOCUTEUR UNIQUE POUR LES PARCOURS DE SANTÉ ET DE VIE COMPLEXE.	28
2.4.1.1 À qui d'adresse les DAC ?	29
2.4.1.2 Missions des DAC	30
2.4.1.3 Partenaires des DAC	31
2.4.1.4 Les anciennes entités constituant aujourd'hui le DAC	31
2.4.1.4.1 Les réseaux de santé	31
2.4.1.4.2 Les MAIA	32
2.4.1.4.3 Le dispositif PAERPA	32
2.4.1.5 Le DAC en Haute-Garonne	33
2.4.2 LES SERVICES D'AIDES À DOMICILE	33
2.5 FINANCEMENTS POSSIBLES À DOMICILE	33
2.5.1 L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE = APA	33
2.5.2 L'AIDE-MÉNAGÈRE À DOMICILE	34
2.5.3 PLAN D'ACTION PERSONNALISÉ = PAP	35
2.6 LES CONSÉQUENCES DU MAINTIEN À DOMICILE	36
3. RÔLE ET PLACE DU PHARMACIEN DANS LE MAINTIEN À DOMICILE	37
3.1 L'IMAGE DU PHARMACIEN	37

3.2	LOI HPST ET NOUVELLES MISSIONS POUR LE PHARMACIEN D'OFFICINE	38
3.3	LES INTERVENANTS AU DOMICILE DU PATIENT	39
3.3.1	LES PROFESSIONNELS DE SANTE	39
3.3.2	L'ENTOURAGE DU PATIENT ET LES DIVERSES AIDES	39
3.3.3	LES DIFFERENTS PRESTATAIRES DE SERVICES	40
3.3.3.1	Les prestataires de services et distributeurs de matériel	40
3.3.3.2	Le pharmacien d'officine prestataire	41
3.3.3.3	L'hospitalisation à domicile	41
3.4	LE PHARMACIEN : UN ACTEUR DE SANTÉ ESSENTIEL	41
3.4.1	REGLES DE DEONTOLOGIE	41
3.4.2	UNE EQUIPE OFFICINALE FORMEE ET COMPETENTE	42
3.4.3	BIEN S'ENTOURER	42
3.4.4	ROLE DE CONSEIL ET D'ORIENTATION	42
3.4.5	ACCOMPAGNEMENT TECHNIQUE AU DOMICILE DU PATIENT	43
3.5	OUTILS DE COMMUNICATION	43
4.	ENVIRONNEMENT ET MAINTIEN DU PATIENT À DOMICILE	44
4.1	AMÉNAGEMENT DE LA CHAMBRE	44
4.1.1	LIT MEDICAL	44
4.1.1.1	Législation des lits médicaux	45
4.1.1.2	Modalités de prise en charge	45
4.1.2	MATELAS ET COMPRESSEURS	47
4.1.2.1	Matelas et surmatelas de classe I	47
4.1.2.2	Matelas et surmatelas de classe II	48
4.1.2.3	Matelas de classe III	48
4.1.2.4	Compresseurs pour surmatelas à air statique et à pression alternée	49
4.1.3	COUSSINS DE PREVENTION DES ESCARRES	50
4.1.3.1	Coussins de classe I	50
4.1.3.2	Coussins de classe II	51
4.1.4	LES ESCARRES	51
4.1.4.1	Définition, épidémiologie et étiologie des escarres	51
4.1.4.2	Stades d'escarres	52
4.1.4.3	Échelles d'évaluation	53
4.1.4.3.1	Échelle de Norton	53
4.1.4.3.2	Échelle de Braden	55
4.1.4.3.3	Échelle de Waterlow	56
4.1.4.4	Prévention des escarres	57
4.1.5	AUTRES DISPOSITIFS POUR L'AMENAGEMENT DE LA CHAMBRE	57
4.1.6	CONSEILS D'AMENAGEMENT DE LA CHAMBRE	58
4.2	AMÉNAGEMENT DE LA SALLE DE BAIN ET DES TOILETTES	58
4.2.1	AMENAGEMENT DE LA SALLE DE BAIN	58
4.2.1.1	Pour la douche	59
4.2.1.2	Pour la baignoire	61
4.2.1.3	Autres accessoires pour la salle de bain	62
4.2.2	AMENAGEMENT DES TOILETTES	63
4.3	AMÉNAGEMENT DU SALON	64
4.3.1	FAUTEUIL A POUSSER	64
4.3.1.1	Exemples de fauteuil à pousser	65
4.3.2	SIEGE COQUILLE	66
4.3.3	FAUTEUIL RELEVEUR	67

4.4 MOBILITÉ/TRANSFERT	67
4.4.1 AIDES A LA MOBILITE	67
4.4.1.1 Cannes de marches	67
4.4.1.1.1 Différentes cannes de marche	67
4.4.1.1.2 Réglage de la canne	69
4.4.1.1.3 Caractéristiques de la canne	69
4.4.1.1.4 Accessoires pour cannes	70
4.4.1.1.5 Conseils d'utilisation	70
4.4.1.2 Déambulateurs	71
4.4.1.2.1 Différents types de déambulateurs	71
4.4.1.2.2 Prise en charge	73
4.4.1.2.3 Conseils lors de la délivrance	74
4.4.1.3 Fauteuils roulants	74
4.4.1.3.1 Fauteuils roulants à propulsion manuelle	74
4.4.1.3.2 Fauteuils roulants à propulsion électrique	80
4.4.1.4 Scooters électrique modulaire	82
4.4.1.4.1 Différents types de scooters	83
4.4.1.4.2 Prise en charge des scooters électriques modulaires	83
4.4.2 AIDES AU TRANSFERT	85
4.4.2.1 Fauteuil de transfert	85
4.4.2.2 Guidon de transfert	86
4.4.2.3 Verticalisateur	87
4.4.2.4 Soulève-malade	88
4.4.2.5 Autres aides au transfert	89
4.5 INCONTINENCE	90
4.5.1 LES PROTECTIONS	90
4.5.1.1 Les protections à placer dans les sous-vêtements	91
4.5.1.2 Les culottes absorbantes	91
4.5.1.3 Les changes complets	92
4.5.1.4 Les alèses	92
4.5.2 SYSTEMES DE RECUEIL D'URINE	92
4.5.2.1 Sondes vésicales et dispositifs de recueil	92
4.5.2.1.1 Sondage à demeure	93
4.5.2.1.2 Sondage intermittent	93
4.5.2.1.3 Caractéristiques des sondes vésicales	94
4.5.2.1.4 Dispositifs de recueil des urines	94
4.5.2.2 Étui pénien et poche de jambe	95
4.5.2.3 Urinal et bassin de lit	95
4.5.3 ÉLECTROSTIMULATEUR NEUROMUSCULAIRE	96
4.6 AUTRES AIDES AU MAINTIEN À DOMICILE	96
4.6.1 COMPLEMENTATION NUTRITIONNELLE ORALE	96
4.6.1.1 La dénutrition	97
4.6.1.2 Prise en charge de la dénutrition	97
4.6.1.3 Le Mini Nutritional Assessment (MNA)	98
4.6.1.4 Les différents types de complémentation	98
4.6.1.5 Conseils associés à la délivrance des compléments nutritionnels oraux	99
4.6.2 CHAUSSURES THERAPEUTIQUES DE SERIES	100
4.6.2.1 Chaussures thérapeutiques à usage temporaire (CHUT)	100
4.6.2.2 Chaussures thérapeutiques à usage prolongé (CHUP)	100
5. FICHES D'AIDE À LA DISPENSATION	101

6. CONCLUSION	134
LISTE DES ANNEXES :	135
ANNEXE N°1 : GRILLE AGGIR.	136
ANNEXE N°2 : GRILLE ADL (ACTIVITIES OF DAILY LIVING) OU INDICE DE KATZ.	137
ANNEXE N° 3 : GRILLE IADL (INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING) OU ÉCHELLE DE LAWTON.	138
ANNEXE N°4 : STEP 1 DU PROGRAMME ICOPE.	139
ANNEXE N°5 : FORMULAIRE DE SIGNALEMENT D'UN INCIDENT OU RISQUE D'INCIDENT.	142
ANNEXE N°6 : AIDE AU SIGNALEMENT DES INCIDENTS.	143
ANNEXE N°7 : FORMULAIRE DE DEMANDE D'APA EN HAUTE-GARONNE.	144
ANNEXE N°8 : QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS.	147
ANNEXE N°9 : LEGISLATION DES LITS MÉDICAUX.	149
ANNEXE N°10 : ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE D'ESCARRES SELON BRADEN.	151
ANNEXE N°11 : GUIDE DES TAILLES ET INDICATIONS DES SANGLES DE LEVE-PERSONNE (NAUSICAA-MEDICAL).	152
ANNEXE N°12 : MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA).	153
BIBLIOGRAPHIE	154

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne.
ADL : Activities of Daily Living.
AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources.
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé.
AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs.
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie.
ARS : Agence Régionale de Santé.
AVK : Anti-Vitamine K.
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail.
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale.
CD : Conseil départemental.
CE : Conformité Européenne.
CH : Charrière.
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire.
CHUP : Chaussures thérapeutiques à Usage Prolongé.
CHUT : Chaussures thérapeutiques à Usage Temporaire.
CLS : Contrat Local de Santé.
CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination.
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.
CSS : Complémentaire Santé Solidaire.
CTA : Coordination Territoriale d'Appui.
DAC : Dispositifs d'Appui à la Coordination.
DM : Dispositif Médical.
EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.
ES : Établissement de Santé.
ESMS : Établissements et Services Médico-Sociaux.
EWGSOP2 : European Working Group on Sarcopenia in Older People 2.
GIR : Groupe Iso Ressources.
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire.
HAS : Haute Autorité de Santé.
HAD : Hospitalisation À Domicile.
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires.
IADL : Instrumental Activities of Daily Living.
ICOPE : Soins intégrés pour les personnes âgées.
IMC : Indice de Masse Corporelle.
IUD : Identifiant Unique des Dispositifs.
LPP : Liste des Produits et des Prestations.
LPPR : Liste des Produits et des Prestations Remboursables.
MAD : Maintien À Domicile.

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

MDPH : Maison départementale pour les Personnes Handicapées.

MMS : Mini Mental State.

MNA : Minimal Nutrition Assessment.

MPR : Médecine Physique et Réadaptation.

MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle.

MTP : Majoration Tierce Personne.

NPUAP : National Pressure Ulcer Advisory Panel.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste.

PAERPA : Personne Âgée En Risque de Perte d'Autonomie.

PAP : Plan d'Action Personnalisé.

PCH : Prestation de Compensation du Handicap.

PCRTP : Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne.

PNNS : Plan National Nutrition Santé.

PSD : Prestation Spécifique Dépendance.

PTA : Plateformes Territoriales d'Appui.

SAAD : Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile.

SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins À Domicile.

SSIAD : Services de Soins Infirmiers À Domicile.

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation.

UE : Union Européenne.

VPH : Véhicules pour Personnes Handicapées.

LISTE DES FIGURES

Figure n°1 : Les six domaines clés de la capacité intrinsèque.

Figure n°2 : Graphisme unique du sigle « CE ».

Figure n°3 : Le dispositif d'appui à la coordination est le regroupement de différentes entités.

Figure n°4 : Les différents partenaires des DAC.

Figure n°5 : Lit médical standard avec potence et barrières.

Figure n°6 : Matelas en mousse avec découpe en forme de gaufrier (classe I-A).

Figure n°7 : Matelas en mousse dit « à mémoire de forme ».

Figure n°8 : Surmatelas à air et compresseur.

Figure n°9 : Coussin à mémoire de forme.

Figure n°10 : Table de lit.

Figure n°11 : Chaise percée, aussi nommée chaise garde-robe.

Figure n°12 : Tabouret de douche classique.

Figure n°13 : Tabouret de douche avec assise incurvée et poignées.

Figure n°14 : Chaise de douche classique.

Figure n°15 : Chaise percée de douche.

Figure n°16 : Siège de douche mural.

Figure n°17 : Planche de bain.

Figure n°18 : Siège de bain.

Figure n°19 : Siège élévateur de bain.

Figure n°20 : Barre d'appui droite.

Figure n°21 : Cadre de toilettes.

Figure n°22 : Schéma pour mesurer l'entre deux livres.

Figure n°23 : Fauteuil à pousser Liberty®.

Figure n°24 : Fauteuil à pousser Starlev®.

Figure n°25 : Siège coquille.

Figure n°26 : Canne simple.

Figure n°27 : Canne tripode.

Figure n°28 : Canne anglaise.

Figure n°29 : Déambulateur fixe classique.

Figure n°30 : Déambulateur deux roues.

Figure n°31 : Déambulateur trois roues.

Figure n°32 : Déambulateur quatre roues.

Figure n°33 : Fauteuil roulant de confort.

Figure n°34 : Les différents éléments composant un fauteuil roulant.

Figure n°35 : Fauteuil roulant électrique.

Figure n°36 : Scooter électrique modulaire.

Figure n°37 : Fauteuil de transfert.

Figure n°38 : Guidon de transfert.

Figure n°39 : Verticalisateur.

Figure n°40 : Soulève-malade.

Figure n°41 : Culotte absorbante.

Figure n°42 : Change complet.

Figure n°43 : Sonde de Foley.

Figure n°44 : Sonde à usage unique pour un sondage intermittent.

Figure n°45 : Étui pénien et poche de jambe.

Figure n°46 : Urinal.

Figure n°47 : La spirale de la dénutrition (d'après le Dr Monique Ferry).

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 : Signification du Gir auquel le patient est rattaché.

Tableau n°2 : Taux de remboursements (%) des frais d'optiques, des frais d'appareillage et des prothèses par l'assurance maladie.

Tableau n°3 : Prise en charge de la location et de l'achat d'un lit médical, ainsi que ses forfaits de livraisons.

Tableau n°4 : Échelle de Norton.

Tableau n°5 : Échelle de Braden.

Tableau n°6 : Échelle de Waterlow.

Tableau n°7 : Tableau répertoriant les différents modèles de rehausse WC (Liste non exhaustive).

Tableau n°8 : Différents types de poignées de canne.

Tableau n°9 : Les différents accessoires pour fauteuil roulant.

Tableau n°10 : Autres aides au transfert.

Tableau n°11 : Les différentes protections à placer dans les sous-vêtements.

1. INTRODUCTION

De nos jours, la majorité des seniors français ont le souhait de vivre le plus longtemps possible à domicile. De par sa proximité et son accessibilité, le pharmacien d'officine occupe une place de premier choix en tant qu'acteur de santé. Aujourd'hui son rôle ne se limite plus à la délivrance et à la vente de médicaments, il a aussi pour mission de conseiller, d'informer, et de relayer des messages à but préventif. Les nouvelles missions du pharmacien lui permettent de s'impliquer davantage pour accompagner les patients, et notamment dans le maintien à domicile du patient, de par son rôle de conseil et d'accompagnement technique.

Cette thèse s'adresse aux pharmaciens souhaitant s'impliquer dans le maintien à domicile de leurs patients âgés. L'objectif étant de donner des outils pour débiter dans le conseil et la dispensation de dispositifs médicaux. Elle est axée sur le vieillissement, mais le matériel médical et les dispositifs médicaux peuvent être utilisés pour tous les patients adultes.

Après une introduction sur le vieillissement, cette thèse sera divisée en quatre parties : le maintien à domicile, le rôle du pharmacien, l'environnement et le maintien à domicile où sera détaillé la majorité des dispositifs médicaux que l'on peut retrouver dans la pratique officinale. Pour conclure, l'objet principal de ce manuscrit est l'élaboration de fiches d'aides à la dispensation comprenant de nombreux arbres décisionnels.

1.1 ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE

Depuis quelques années, le vieillissement démographique ne cesse de s'accélérer en France. Les personnes âgées d'au moins 65 ans en 2020 représentent environ 20% de la population, soit 4,7% de croissance en vingt ans. Pour les 75 ans et plus, l'augmentation est de 2,4% sur la même période. Si les tendances démographiques se maintiennent, en 2040, plus d'une personne sur quatre aurait 65 ans ou plus (1).

L'espérance de vie est aussi en augmentation en France. En 2019, l'espérance de vie à la naissance était de 85,6 ans pour les femmes et de 79,7 ans pour les hommes. La progression est plus rapide pour les hommes que pour les femmes. En vingt ans, l'espérance de vie des femmes a progressé de 3 ans contre 5 ans pour les hommes (2).

1.2 LE VIEILLISSEMENT

Le vieillissement est défini par l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de

l'âge mûr. Les facteurs environnementaux, génétiques et les maladies augmentent le risque de vieillissement prématuré.

Selon l'OMS : « du point de vue biologique, le vieillissement est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès » (3). Le vieillissement diminue les capacités fonctionnelles et d'adaptation aux situations d'agression.

L'âge de la vieillesse est perçu différemment suivant la population et les organismes de santé. L'OMS prend comme repère l'âge de 65 ans ; pour l'HAS c'est 75 ans ou supérieur à 65 ans pour les patients polyopathologiques. Au niveau social, c'est l'âge de cessation de l'activité professionnelle. Alors qu'en gériatrie, un patient âgé c'est un patient ayant 80 ans ou plus.

1.2.1 Les différents types de vieillissement

Le processus de vieillissement n'est pas linéaire, on retrouve trois types de vieillissement :

- Réussi (concerne 50 % des personnes âgées de 65 ans et plus).
- Pré-fragile (30 %) → Fragile (15 %).
- Dépendance pathologique (5-10 %).

Le vieillissement réussi correspond à une personne âgée robuste et autonome dans les activités de la vie quotidienne (toilette, courses, ménage ...), sans pathologie invalidante, avec un bon équilibre nutritionnel, un maintien des fonctions cognitives, pas de perte de mobilité, une conservation des liens sociaux et un sommeil réparateur. Pour garder une personne âgée robuste il faut mettre en place des plans de prévention.

Le syndrome de fragilité est un syndrome clinique qui est un marqueur de risque de mortalité, de perte d'autonomie, de chutes, d'hospitalisation et d'institutionnalisation (4).

Le stade pré-fragile et fragile sont des stades réversibles, une prise en charge adaptée permet le retour au stade de vieillissement réussi.

Le stade de dépendance est quant à lui irréversible, ce stade est associé à une dépendance : incontinence, perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, hospitalisations ou institutionnalisations qui font basculer la personne âgée.

L'index de Fried permet d'évaluer la fragilité, il prend en compte la perte de poids, la diminution de la vitesse de marche, la faiblesse musculaire, l'asthénie et la sédentarité de la personne âgée. Si le score est de 0, la personne âgée est robuste. Si le score est compris entre 1 et 2, la personne âgée est pré-fragile ; et si le score est supérieur ou égal à 3, la personne âgée est considérée fragile.

1.2.2 Évaluation de la dépendance

La dépendance est une perte d'autonomie avec incapacité pour une personne de réaliser, sans aide extérieure, les gestes de la vie quotidienne. Elle peut être évaluée par un médecin et/ou une assistante sociale (Centre communal d'action social (CCAS), Conseil Général). Ils utilisent la grille nationale d'évaluation AGGIR (Annexe n°1).

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources) est utilisée pour faire une demande d'**Allocation personnalisée d'autonomie (APA)**, elle mesure le degré de la perte d'autonomie (5).

Elle mesure les capacités de la personne âgée à accomplir 10 activités corporelles et mentales (activités discriminantes), et 7 activités domestiques et sociales (activités illustratives) (6).

Activités corporelles et mentales ("discriminantes")

- Communiquer verbalement et/ou non verbalement, agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société.
- Se repérer dans l'espace et le temps.
- Faire sa toilette.
- S'habiller, se déshabiller.
- Se servir et manger.
- Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale.
- Se lever, se coucher, s'asseoir, passer de l'une de ces trois positions à une autre.
- Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie.
- Se déplacer en dehors du lieu de vie.
- Utiliser un moyen de communication à distance (téléphone, alarme, sonnette, etc.) dans le but d'alerter en cas de besoin.

Activités domestiques et sociales ("illustratives")

- Préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis.
- Gérer ses affaires, son budget et ses biens, reconnaître la valeur monétaire des pièces et des billets, se servir de l'argent et connaître la valeur des choses, effectuer les démarches administratives, remplir les formulaires.
- Effectuer l'ensemble des travaux ménagers courants.

- Utiliser volontairement un moyen de transport collectif ou individuel.
- Acheter volontairement des biens.
- Respecter l'ordonnance du médecin et gérer soi-même son traitement.
- Pratiquer volontairement, seul ou en groupe, diverses activités de loisir.

Seules les 10 activités discriminantes sont utilisées pour déterminer le groupe iso-ressources (Gir) dont relève la personne âgée. Les 7 activités illustratives sont destinées à apporter des informations complémentaires à l'évaluateur pour mieux appréhender la situation globale de la personne.

En fonction de son degré de perte d'autonomie, la personne âgée est classée dans un des six groupes iso-ressources (Gir), détaillés dans le tableau n°1. Seuls les Gir 1 à 4 ouvrent droit à l'APA. Le Gir 1 étant le niveau de plus forte dépendance.

Signification du Gir auquel la personne est rattachée	
Gir	Degrés de dépendance
Gir 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants. - ou personne en fin de vie.
Gir 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. - ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente.
Gir 3	Personne ayant conservée son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.
Gir 4	- Personne n'assumant pas seul ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage. - ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas.
Gir 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
Gir 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante.

Tableau n°1 : Signification du Gir auquel le patient est rattaché (7).

Il existe d'autres grilles pour évaluer la dépendance :

La grille ADL (Activities of Daily living) ou **Indice de Katz** évalue les capacités de base pour les activités élémentaires de la vie quotidienne, elle comporte 6 items : l'hygiène corporelle, l'habillement, le déplacement aux toilettes, la locomotion, la continence et la prise des repas (Annexe n°2). Le score est établi de 0 à 6, 0 étant le score de la dépendance complète. Cette évaluation est la plus rapide à mettre en place.

La Grille IADL (Instrumental Activities of Daily Living) ou **Échelle de Lawton** évalue les activités instrumentales de la vie quotidienne, elle permet de compléter l'ADL (Annexe n°3). Elle comporte 8 items : la capacité à utiliser le téléphone, la capacité à faire les courses, la capacité à préparer les repas, la capacité à entretenir le domicile, la capacité à faire la lessive, la capacité à utiliser les moyens de transports, la capacité à prendre les médicaments et la capacité à gérer son budget.

Il existe également d'autres indicateurs pour évaluer d'autres paramètres chez la personne âgée. Pour l'évaluation des fonctions cognitives il y a le **score MMS** (mini mental state). Pour l'évaluation de l'état nutritionnel c'est le **score MNA** (Minimal Nutrition Assessment), et pour l'évaluation du risque de comorbidité ce sera l'**index de comorbidité de Charlson**.

1.3 LE PROGRAMME ICOPE

Le rapport de l'OMS sur le vieillissement en 2015, définit l'objectif d'un vieillissement en bonne santé comme étant un moyen d'aider les personnes à développer et à maintenir les capacités fonctionnelles qui favorisent le bien-être. L'enjeu majeur de l'OMS pour les années à venir est de limiter le nombre de personnes âgées dépendantes. Afin de répondre à cet objectif, l'OMS a mis un place le programme ICOPE signifiant Soins intégrés pour les personnes âgées, en collaboration avec le CHU de Toulouse.

L'objectif du programme ICOPE est de permettre aux personnes âgées de plus de 60 ans, de vieillir en bonne santé. Il consiste à favoriser une approche intégrée de la santé qui prend en compte les capacités de la personne, ses pathologies associées, son environnement et son mode de vie avec pour objectif de développer un plan de soins centré sur la personne. Le patient est un acteur de sa santé (8).

ICOPE permet de suivre l'évolution de la capacité intrinsèque. La capacité intrinsèque est l'ensemble des capacités physiques et mentales d'un individu recouvrant 6 domaines : la mobilité, la mémoire, la nutrition, l'état psychologique, la vision et l'audition (figure n°1). Le programme ICOPE se décline en cinq étapes, appelés STEPS (9).

Le STEP 1 est l'étape de dépistage. C'est un questionnaire simple et rapide (d'une quinzaine de minute), réalisable par tous les professionnels de santé formés, qui recoupe des questions sur les six domaines de la capacité intrinsèque. Le premier STEP 1 est réalisé par un professionnel formé, s'il n'y pas d'altération détectée, il convient de faire un nouveau STEP 1 tous les 4 à 6 mois, les suivants peuvent être effectués par le patient et son entourage car il convient de les former à la fin du premier STEP 1.

Les étudiants en pharmacie de Toulouse avaient pour mission de communiquer, de proposer et de mettre en place le STEP 1 du programme dans leur officine lors de leur stage de sixième année de janvier à juin 2021. L'OMS a également développé l'application mobile « Icope Monitor », disponible sur Google Play ou dans l'App Store, permettant de réaliser la première étape plus facilement. Le détail du questionnaire STEP 1 est disponible en Annexe n°4.

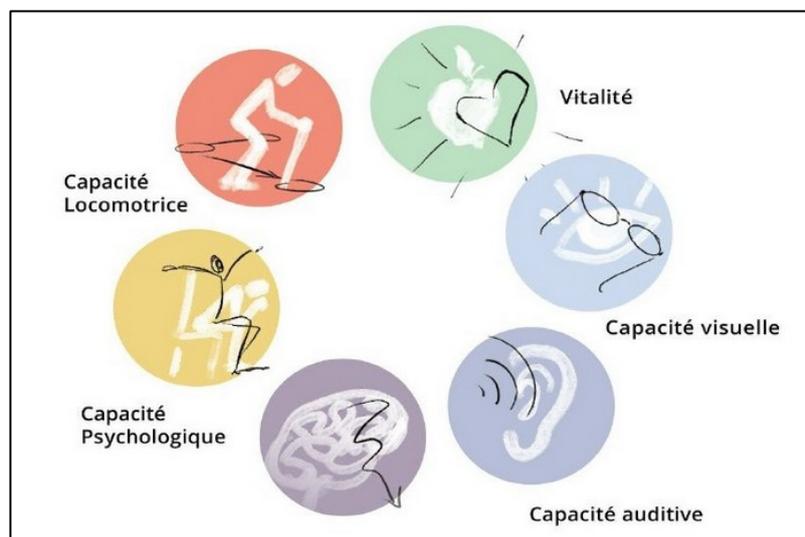


Figure n°1 : Les six domaines clés de la capacité intrinsèque (9)

Le STEP 2 est l'étape d'évaluation. On passe à cette étape lorsqu'une capacité est altérée au STEP 1. Ce STEP regroupe plusieurs sous-étapes : comprendre la vie de la personne âgée, évaluer plus en profondeur les affections associées à la perte de capacités intrinsèques, évaluer et prendre en charge les maladies sous-jacentes et évaluer l'environnement social et physique et les besoins en matière de soins socio-médicaux.

Le STEP 3 est l'élaboration du plan de soin personnalisé. Le STEP 4 est le suivi du plan de soin, et le STEP 5 est l'implication de la collectivité et le soutien aux aidants.

Ce programme ICOPE rentre dans le cadre de la prévention, on cherche à détecter le plus tôt possible une altération des capacités de la personne âgée. Plus la détection

est précoce, plus la prise en charge est rapide et plus cela permet de vieillir en bonne santé.

Après l'intégration de la personne âgée dans le programme ICOPE, l'évaluation de la fragilité avec l'index de Fried et l'évaluation de la dépendance à l'aide des différentes grilles (AGGIR, ADL et IADL principalement), il convient de la prendre en charge. Cela est possible grâce aux différents types de marchés, développés dans la partie suivante.

2. LE MAINTIEN À DOMICILE

2.1 DÉFINITION DU MAINTIEN À DOMICILE

Le maintien à domicile est l'ensemble des moyens et des prestations mis en œuvre pour qu'une personne en perte d'autonomie puisse rester à domicile, de façon à éviter l'institutionnalisation et/ou l'hospitalisation. Le maintien à domicile concerne toute personne en perte d'autonomie, ponctuelle ou permanente, et quel que soit son âge.

Les prestations peuvent être de différents types : médicales, techniques, financières, administratives, de service. Les prestations médicales englobent l'ensemble des professionnels de santé dont notamment les pharmaciens, médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes qui vont prodiguer des soins et des traitements à la personne. Les prestations techniques concernent notamment l'aménagement du domicile. Les prestations financières permettent la prise en charge totale ou partielle des prestations médicales et techniques. Les prestations administratives permettent un accompagnement de la personne pour demander et bénéficier d'aides. Les prestations de service englobent les différentes aides disponibles.

Le MAD en 2019 représente un marché de 6,7 millions d'euros de dépenses par l'assurance maladie (10). L'officine demeure actuellement le principal canal de prise en charge : 6 patients âgés sur 10 sont équipés par l'intermédiaire du pharmacien. Le pharmacien a donc un rôle important et primordial dans le maintien à domicile de la personne âgée.

2.1.1 MAD, SAD ou HAD ?

Ces trois sigles pourtant bien différents peuvent être confondus. Nous venons de voir la définition du MAD (Maintien à Domicile). Nous allons voir celles du SAD = Soins à Domicile, et de l'HAD = Hospitalisation à Domicile.

Les soins à domicile (SAD) désignent l'ensemble des soins médicaux et paramédicaux effectués au domicile des patients. Ils sont assurés majoritairement par des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou par des infirmiers libéraux.

L'hospitalisation à domicile (HAD) permet de raccourcir, voire d'éviter un séjour en établissement hospitalier, c'est une hospitalisation à temps complet au cours de laquelle les soins sont effectués directement au domicile du patient. Elle assure des soins non réalisables en ville. Dans ce cadre, une équipe pluridisciplinaire assure la prise en charge médicale du patient, sous la direction d'un médecin coordinateur. Seul un médecin hospitalier ou un médecin traitant peut décider, selon l'état de santé du patient, de l'orienter vers une structure d'hospitalisation à domicile. C'est également lui qui en fait la demande. Les établissements d'HAD peuvent être publics ou privés (à but commercial ou à but non lucratif), rattachés ou non à un établissement hospitalier.

2.2 LES DIFFÉRENTS TYPES DE MARCHÉS

Il existe deux types de marchés : l'appareillage médico-technique et l'équipement médical pour le maintien à domicile. Le pharmacien a un rôle dans ces deux marchés mais pour cette thèse, nous nous intéresserons principalement à l'équipement médical dans le but de maintenir le patient âgé à domicile.

L'appareillage médico-technique s'adresse au patient atteint de pathologies chroniques : ce sont des dispositifs essentiellement prescrits par des spécialistes (pneumologues, ORL, oncologues, neurologues, diabétologues ...).

Les différents domaines sont :

- L'assistance respiratoire : oxygénothérapie, aérosolthérapie, ventilation, pression positive continue.
- La perfusion : antibiothérapie, chimiothérapie, traitement de la douleur (neurostimulation), insulinothérapie par pompe.
- La nutrition : entérale, parentérale, complémentation orale.

Pour ce marché, les secteurs à fort dynamisme sont l'autocontrôle et l'auto-traitement du diabète, la pression positive continue, la perfusion à domicile, et l'oxygénothérapie (11).

L'équipement médical s'adresse au maintien à domicile des patients en perte d'autonomie, les prescriptions sont surtout issues d'omnipraticiens (médecins généralistes dans plus de 80% des cas).

L'équipement médical peut-être divisé en deux groupes :

- Le matériel médical : lit médicalisé, matelas, fauteuils roulants, déambulateurs, fauteuils à pousser et autre.

- Les marchés annexes : incontinence, pansements techniques, stomathérapie, urologie, escarres.

Actuellement le marché de l'incontinence (stimulateur, sonde, collecteur) à un fort dynamisme (11).

L'équipement médical du domicile du patient est facilité par sa prise en charge financière, les modalités seront abordées au chapitre 2.3.4.

2.3 LES DISPOSITIFS MÉDICAUX

2.3.1 Définition et classe de risque

Un dispositif médical (DM), selon la définition de l'ANSM, correspond à tous les instruments, appareils, équipements, matières, produits (à l'exception des produits d'origine humaine), y compris les accessoires et logiciels, utilisés seuls ou en association, à des fins médicales chez l'homme, et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques, immunologiques ou métaboliques.

Les dispositifs médicaux (autres que les dispositifs médicaux implantables actifs) sont répartis en quatre classes de risque : classe I, classe IIa, classe IIb et classe III. Ils sont classés en fonction du niveau de risque lié à leur utilisation (durée d'utilisation, partie du corps exposée, à l'intérieur ou à l'extérieur du corps) et des risques potentiels liés à leur utilisation pour la santé publique.

La classe I est la classe de risque la plus faible (cannes anglaises, fauteuils roulants, etc). La classe IIa est la classe des DM ayant un risque potentiel modéré (lentilles de contact, appareils d'échographie, couronnes dentaires, etc). La classe IIb possède un risque potentiel élevé (pompes à perfusions, produits de désinfection des lentilles, etc). La classe III est la classe de risque la plus élevée car ce sont des DM invasifs (implants mammaires, stents, prothèses de hanche, etc). L'équipement médical que nous allons aborder dans cette thèse appartient majoritairement à la classe I.

La classification d'un DM est de la responsabilité du fabricant, selon la finalité médicale revendiquée du dispositif. Il s'appuie pour cela sur les règles définies dans la réglementation européenne.

2.3.2 Mise sur le marché des dispositifs médicaux et marquage CE

La mise sur le marché des dispositifs médicaux au sein de l'union européenne est soumise à plusieurs textes de lois qui ont fait l'objet d'une harmonisation européenne.

Elle est conditionnée par l'obtention d'un marquage CE (Conformité Européenne) avant la commercialisation du produit. Ce marquage possède un graphisme unique (figure n°2) et indique que le produit est conforme aux directives européennes concernant la sécurité, la santé et la protection du consommateur.

Pour obtenir le marquage CE, le fabricant doit constituer un dossier montrant qu'il répond aux exigences définies dans les directives européennes concernées. Le marquage CE est délivré par un organisme notifié qui évalue avec le dossier du fabricant la conformité du dispositif aux directives européennes. Cela est valable pour les classes IIa, IIb et III. Pour les dispositifs de classe I, l'évaluation est effectuée par le fabricant lui-même.

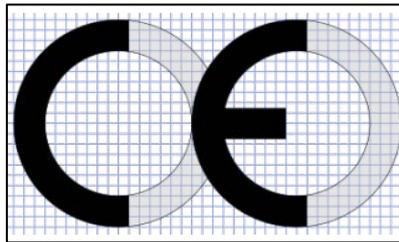


Figure n°2 : Graphisme unique du sigle « CE » (12)

Depuis le 26 mai 2021, le nouveau règlement européen 2017/745 relatif aux dispositifs médicaux est rentré en application. Les fabricants sont soumis à de nouvelles exigences visant à garantir un niveau élevé de sécurité pour chaque DM commercialisé en Europe. Les exigences avant la commercialisation d'un DM ont été renforcées, avec l'obligation pour le fabricant de mettre en place des évaluations et des investigations cliniques pour s'assurer de l'efficacité et de la sécurité d'utilisation. Ce règlement renforce la transparence des données grâce à une nouvelle base de données européenne Eudamed, il renforce aussi les procédures d'habilitation des organismes notifiés, ainsi que la surveillance du marché après commercialisation, notamment avec la mise en place de l'identifiant unique des dispositifs pour renforcer la traçabilité (13).

2.3.3 L'identifiant unique des dispositifs (IUD)

Depuis l'entrée en application du règlement européen 2017/745, la traçabilité des DM est renforcée par la mise en place de l'identifiant unique des dispositifs (IUD).

L'IUD est un code numérique ou alphanumérique unique lié à un dispositif médical qui permet son identification claire et non ambiguë. L'IUD améliore la traçabilité des dispositifs, facilite le rappel des dispositifs, lutte contre la contrefaçon et améliore la sécurité des DM vis-à-vis des patients (14).

L'article 27 du règlement (UE) 2017/745 et l'article 24 du règlement (UE) 2017/746 disposent que le système IUD prévoit :

- La production d'un IUD comprenant un identifiant « dispositif » IUD (IUD-ID), propre à un fabricant et à un dispositif, qui donne accès aux informations, et un identifiant « production » IUD (IUD-IP), qui identifie l'unité de production du dispositif et, le cas échéant, les dispositifs conditionnés ;
- L'apposition de l'IUD sur l'étiquette du dispositif ou sur son conditionnement ;
- L'enregistrement de l'IUD par les opérateurs économiques, les établissements de santé et les professionnels de la santé, conformément aux conditions fixées respectivement aux paragraphes 8 et 9 de l'article ;
- L'établissement d'un système électronique d'identification unique des dispositifs (« base de données IUD »).

2.3.4 Les modalités de prise en charge des dispositifs médicaux

Si le fabricant souhaite obtenir le remboursement d'un dispositif médical par l'assurance maladie, il doit faire une demande pour l'inscrire sur la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR).

Les dispositifs médicaux remboursables figurent sur une liste établie dénommée Liste des Produits et Prestations Remboursables (15).

Les dispositifs médicaux et les prestations associées inscrits sur la LPPR sont repartis sur 5 titres en fonction du type de produit ou de prestation :

Titre I : Dispositifs médicaux pour traitements, aide à la vie, aliments et pansements.

- Chapitre 1 : Dispositifs médicaux, matériels et produits pour le traitement de pathologies spécifiques.
- Chapitre 2 : Dispositifs médicaux de maintien à domicile et d'aide à la vie pour malades et handicapés.
- Chapitre 3 : Articles pour pansements, matériels de contention.
- Chapitre 4 : Accessoires de produits inscrits au titre III.

Titre II : Orthèses et prothèses externes.

- Chapitre 1 : Orthèses.
- Chapitre 2 : Optique médicale.
- Chapitre 3 : Audioprothèses et entretien, réparations et accessoires pour processeurs.
- Chapitre 4 : Prothèses externes non orthopédiques.
- Chapitre 5 : Prothèses oculaires et faciales.
- Chapitre 6 : Podo-orthèses.
- Chapitre 7 : Orthoprothèses.

Titre III : Dispositifs médicaux implantables, implants et greffons tissulaires d'origine humaine.

- Chapitre 1 : Dispositifs médicaux implantables d'origine synthétique.
- Chapitre 2 : Dispositifs médicaux implantables issus de dérivés d'origine animale non viable ou en comportant.
- Chapitre 3 : Implants issus de dérivés humains-greffons.
- Chapitre 4 : Dispositifs médicaux implantables actifs.

Titre IV : Véhicules pour handicapés physiques.

- Chapitre 1 : Fauteuils roulants.
- Chapitre 2 : Véhicules divers.
- Chapitre 3 : Adjonctions, options et réparations applicables aux fauteuils roulants.

Titre V : Dispositifs médicaux invasifs non éligibles au Titre III.

- Chapitre 1 : Dispositifs médicaux utilisés en neurologie.
- Chapitre 2 : Dispositifs médicaux utilisés dans le système cardiovasculaire.
- Chapitre 3 : Dispositifs médicaux utilisés en oncologie.
- Chapitre 4 : Dispositifs médicaux utilisés dans le système gastro-intestinal.

Le taux de remboursement par l'assurance maladie des pansements, des accessoires et du petit appareillage est de 60% du tarif LPP (tableau n°2), les 40% restants peuvent être pris en charge par une complémentaire santé ou sont à la charge du patient.

Le taux de remboursement par l'assurance maladie du grand appareillage notamment les véhicules pour handicapé physique est de 100% (du tarif LPP). Il peut cependant y avoir des dépassements qui sont alors à la charge du patient.

Taux de remboursement des frais d'optique, appareillage et prothèses par l'Assurance Maladie	
Optique / Appareillage / Prothèse	Taux de remboursement
Optique	60 %
Prothèses auditives	60 %
Pansements, accessoires, petit appareillage	60 %
Orthopédie	60 %
Grand appareillage (prothèses oculaires et faciales, ortho-prothèses, véhicules pour handicapé physique)	100 %
Produits d'origine humaine (sang, lait, sperme)	100 %

Tableau n°2 : Taux de remboursements (%) des frais d'optiques, des frais d'appareillage et des prothèses par l'assurance maladie (16).

2.3.5 Matériovigilance

Les dispositifs médicaux font également l'objet d'une surveillance pendant et après leur commercialisation. Cette surveillance est appelée matériovigilance et est assurée par l'ANSM. Tout incident ou risque d'incident doit être déclaré, que ce soit par le fabricant, les professionnels de santé ou par les patients (17,18). Cela permet de prendre, en cas de besoin, les mesures préventives ou correctives appropriées.

Pour déclarer un incident, deux façons sont possibles (19). La plus simple et la plus rapide est d'effectuer la déclaration en ligne sur le portail de signalement des évènements sanitaires indésirables sur signalement-sante.gouv.fr.

La deuxième étant de remplir le formulaire de déclaration d'un incident ou risque d'incident pour les dispositifs médicaux (Annexe n°5) à transmettre à l'ANSM par mail ou par courrier.

En Annexe n° 6 est également disponible un arbre décisionnel d'aide à la déclaration.

2.4 LES DIFFÉRENTS ACTEURS DU MAINTIEN À DOMICILE

Pour assurer le maintien à domicile d'une personne en perte d'autonomie, il existe différents acteurs. On retrouve les professionnels de santé de proximité incluant notamment le médecin, le pharmacien, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes mais également différents dispositifs qui ont été déployés : les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) et les services d'aides à domicile. Les DAC depuis juillet 2022 regroupent les réseaux de santé, les MAIA, les Coordinations Territoriales d'Appui (CTA) et les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) dans le but d'améliorer le parcours de santé des personnes âgées.

2.4.1 Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) : un interlocuteur unique pour les parcours de santé et de vie complexe.

Avant juillet 2022, au sein d'un même territoire, il existait plusieurs dispositifs ayant pour objectif de venir en appui des parcours de santé des personnes âgées. Cependant cela pouvait entraîner un manque de visibilité aussi bien pour les patients et leurs aidants que pour les professionnels de santé.

Depuis juillet 2022, le dispositif d'appui à la coordination (DAC) est un guichet unique et gratuit déployé par les agences régionales de santé (ARS) qui regroupe les expertises des réseaux de santé, des dispositifs MAIA (Méthodes d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie), des plateformes territoriales d'appui (PTA), et des coordinations territoriales d'appui (CTA)

avec le PAERPA (figure n°3) (20). Les Centres Locaux d'Informations et de Coordination (CLIC) peuvent intégrer le DAC sur délibération du Conseil Départemental (21). Le DAC vient en appui aux professionnels de santé libéraux, sociaux et médico-sociaux.

L'objectif de cette unification est d'apporter des réponses adaptées et coordonnées entre les professionnels, quels que soient la pathologie, l'âge de la personne qu'ils accompagnent ou la complexité de son parcours de santé.

Pour contacter les DAC, un numéro de téléphone unique par département a été mis en place.

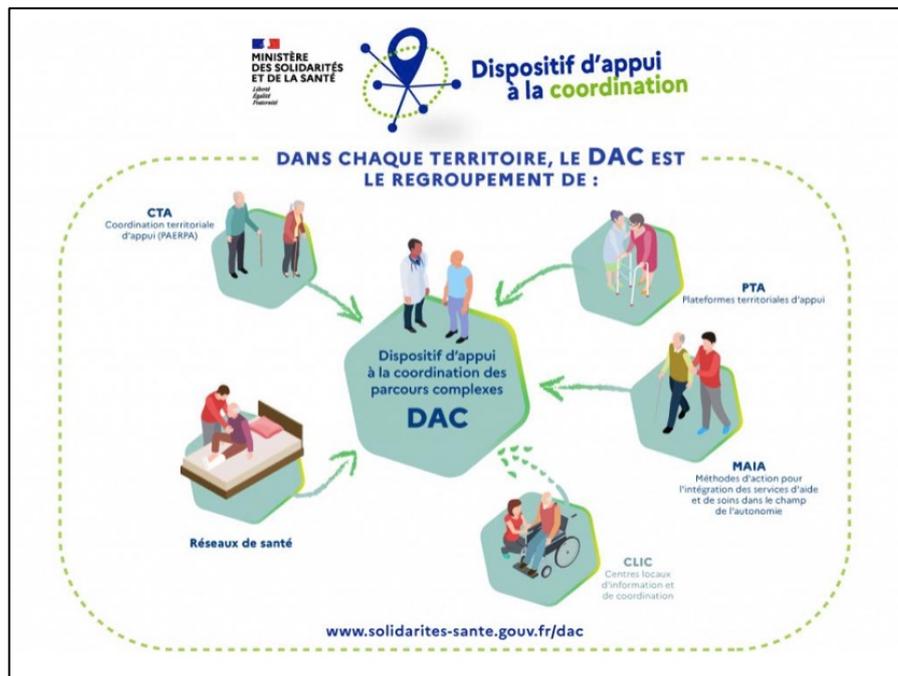


Figure n°3 : Le dispositif d'appui à la coordination est le regroupement de différentes entités (22)

2.4.1.1 À qui d'adresse les DAC ?

Le DAC s'adresse aussi bien aux professionnels de santé qu'aux patients et à leurs aidants (20).

Il s'adresse à tous professionnels de santé : les professionnels de santé de ville, libéraux ou salariés, les personnels de santé des établissements de santé privés, publics et d'hospitalisation à domicile (HAD), et les professionnels de l'ensemble du champ social et médico-social.

Les DAC permettent aux professionnels de santé de bénéficier d'informations sur les ressources médicales, soignantes et administratives disponibles pour répondre aux besoins des patients ainsi que d'un appui à l'organisation des parcours de soins.

Pour les prises en charge les plus complexes, les professionnels de santé peuvent bénéficier d'une coordination spécifique avec l'organisation d'un plan d'action personnalisé ; et d'un soutien pour renforcer leur capacité à gérer les situations complexes grâce à une analyse des dysfonctionnements éventuels et des besoins spécifiques.

Pour les patients et leurs aidants, les DAC leurs permettent d'être informés sur les ressources médicales, soignantes et administratives disponibles ; d'avoir une écoute, des conseils et des supports pour les guider, ainsi qu'un accès à des aides pour favoriser leur maintien à domicile.

Le DAC est également là pour effectuer une première évaluation de leur demande afin de les orienter et de les mettre en relation avec les professionnels adaptés en réponse à leurs besoins. L'objectif étant de déterminer un plan personnalisé de santé.

Le DAC permet également d'apporter un soutien des proches aidants.

2.4.1.2 Missions des DAC

Les DAC ont deux missions principales. La première mission est d'apporter un appui au parcours de santé individuel des personnes en situation complexe. La seconde mission est d'offrir un appui à la structuration territoriale des parcours de santé et de vie (23).

Pour mener à bien la première mission il convient d'informer, de conseiller, et d'orienter le patient et de coordonner les situations complexes en lien avec le médecin traitant. Pour cela il faut évaluer la situation et les besoins du patient en prenant en compte toute la dimension médico-psycho-sociale. Ensuite il faut planifier, coordonner et suivre les interventions. Puis il faut appuyer les démarches sociales et médico-sociales, soutenir les démarches administratives ; faciliter l'accès aux soins et aux expertises, et rechercher une place dans une structure. Si besoin, il faut coordonner l'organisation en amont ou en aval d'une hospitalisation.

La deuxième mission, en lien avec les projets de territoires partagés, a pour objectif de contribuer à la structuration des parcours de santé. Dans cette mission, les DAC sont amenés à contribuer au diagnostic territorial partagé des besoins et de l'offre, à animer des instances territoriales de concertation entre professionnels et mettre en œuvre des actions de structuration de parcours.

2.4.1.3 Partenaires des DAC

Le DAC doit répondre à des problématiques souvent multidimensionnelles, pour cela il doit s'entourer et s'appuyer sur tous les acteurs ressources de son territoire (24).

Parmi les partenaires (figure n°4) on retrouve notamment les agences régionales de santé, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les maisons de santé pluri-professionnelles, l'hospitalisation à domicile, les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui seront développés dans la partie 2.4.2.

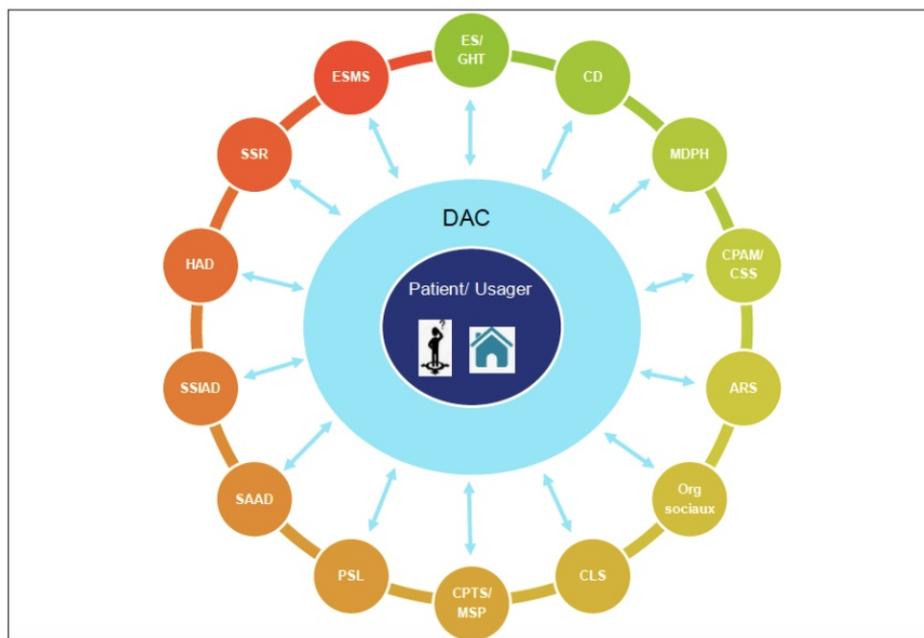


Figure n°4 : Les différents partenaires des DAC (24)

2.4.1.4 Les anciennes entités constituant aujourd'hui le DAC

2.4.1.4.1 Les réseaux de santé

Les réseaux de santé ont été créés par la loi du 4 mars 2002, et étaient autorisés par les agences régionales de santé (ARS). Ils coordonnent des équipes pluridisciplinaires de professionnels de santé et de professionnels du secteur social et médico-social ayant pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge. L'objectif est d'apporter une réponse coordonnée et adaptée aux besoins du patient désirant rester à son domicile, et de ses aidants (25,26).

Il existe plus de 700 réseaux aujourd'hui en France. Chaque réseau est thématique : soins palliatifs, douleurs et maladies chroniques, oncologie, diabète, addictions ...

2.4.1.4.2 Les MAIA

MAIA, méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie est une méthode d'action associant tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de soixante ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants, grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins.

L'objectif des MAIA est de simplifier et d'optimiser le parcours des personnes âgées, d'amener un soutien à domicile aussi longtemps que possible dans les meilleures conditions, en mobilisant l'ensemble des divers acteurs (27,28).

2.4.1.4.3 Le dispositif PAERPA

Le PAERPA mis en place par le ministère des Affaires sociales et de la Santé, fait partie des CTA (Coordination Territoriale d'Appui) et s'adresse aux personnes âgées de 75 ans et plus, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader.

L'objectif de ce dispositif est de préserver et de maintenir l'autonomie des personnes âgées le plus longtemps possible dans leur cadre de vie habituel ; de faire en sorte qu'ils reçoivent les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût.

Le PAERPA s'articule autour de cinq actions clés (13) :

- **Le renfort du maintien à domicile** grâce à une coordination renforcée des professionnels de santé de 1er recours.
- **L'amélioration de la coordination entre les différents intervenants** avec la mise en place d'un numéro unique accessible aux personnes âgées et à leurs aidants ainsi qu'aux professionnels et plus particulièrement aux professionnels de santé libéraux.
- **La sécurisation de la sortie d'hospitalisation** : anticipation et préparation de la sortie, repérage de la perte d'autonomie, transition via un hébergement temporaire, mobilisation d'un SAAD (Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile) ou d'un SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile), transmission des informations au médecin traitant, appui de la CTA (Coordination Territoriale d'Appui) si besoin.
- **L'évitement des hospitalisations inutiles** grâce au repérage, aux actions d'éducation thérapeutique, à la circulation d'informations entre professionnels, à l'accès simplifié à des expertises gériatriques ou à un numéro unique de gériatrie.
- **Une meilleure utilisation des médicaments**, grâce aux actions de révisions d'ordonnance (bilan de médication, entretiens AVK proposés en pharmacie).

2.4.1.5 Le DAC en Haute-Garonne

Le DAC 31 est le regroupement des quatre MAIA du département (Nord, Sud, Lauragais et Toulouse), du réseau Reliance, et de la Plateforme Territoriale d'Appui de la Haute-Garonne.

2.4.2 Les services d'aides à domicile

Il existe trois principaux services d'aide à domicile : les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

Les SAAD sont des organismes publics ou privés, autorisés par le conseil départemental. Ils proposent des aides tels que le ménage, l'entretien du linge, l'aide à la toilette ainsi que des actions liées à la préservation de l'autonomie, au développement d'activités sociales. Cependant ils ne procurent pas de soins, ce sera le rôle des SSIAD.

Les SSIAD sont composés d'aides-soignants et d'infirmiers qui assurent en majorité des soins de nursing, ils interviennent au domicile sur prescription médicale. Ils ont également une mission de coordination avec les autres professionnels de santé pour améliorer la prise en charge globale des patients.

Les SPASAD sont des services qui englobent les missions du SSIAD et du SAAD. Ils permettent un interlocuteur unique.

2.5 FINANCEMENTS POSSIBLES À DOMICILE

Pour répondre aux besoins de tous les patients âgés en perte d'autonomie et pour leur permettre d'acquérir le matériel nécessaire pour se maintenir à domicile, il existe différentes aides au financement.

2.5.1 L'allocation personnalisée d'autonomie = APA

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une allocation destinée aux personnes âgées de soixante ans et plus en perte d'autonomie (29). Il existe deux APA : l'APA à domicile qui aide à financer les dépenses nécessaires au maintien à domicile malgré la perte d'autonomie ; et l'APA en établissement qui aide à financer une partie du tarif dépendance en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Cette allocation est versée par le conseil départemental.

Pour en bénéficier il faut être âgé de 60 ans ou plus, résider en France de façon stable et régulière et être en perte d'autonomie. La perte d'autonomie s'évalue avec la grille AGGIR qui détermine des groupes iso ressources (GIR). Seules les personnes relevant des GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA.

Les plans d'aide d'APA sont plafonnés et le montant d'APA accordé ne peut pas dépasser un montant maximal fixé pour chaque GIR. Au 1er janvier 2022, les montants maximaux des plans d'aide sont fixés à 1807,89 €/mois pour le GIR 1, à 1 462,08 €/mois pour le GIR 2, à 1 056,57 €/mois pour le GIR 3 et à 705,13 €/mois pour le GIR 4. Ces plafonds peuvent être majorés si le proche aidant de la personne bénéficiaire de l'APA a besoin de répit ou s'il est hospitalisé.

Pour faire une demande d'APA en Haute-Garonne, il faut remplir le formulaire de demande (Annexe n°7) disponible sur le site haute-garonne.fr (30) ou se le procurer dans les services du Conseil départemental (Maisons des solidarités ou service instruction APA de la Direction Séniors, personnes en situation de handicap) ou bien dans les mairies ou les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), dans les établissements d'hébergement de personnes âgées (maisons de retraite), ou dans les maisons départementales de proximité. Suite à la réception du dossier, le Conseil départemental dispose de deux mois pour instruire la demande. Une fois le dossier instruit, le degré d'autonomie sera déterminé par des professionnels de santé. Un médecin ou une infirmière de la Maison des Solidarités du territoire prend rendez-vous avec le patient pour évaluer le degré d'autonomie et le besoin d'aide. L'équipe médico-sociale recommande en suivant un plan d'aide prévoyant les services et les aides à mettre en œuvre pour faciliter le quotidien. Ce plan doit être ou non accepté dans un délai de dix jours par le demandeur. Le montant de l'aide est calculé en fonction des revenus. Si les conditions requises sont remplies, la décision est prise par le Président du Conseil départemental. L'allocation est versée chaque mois et est exonérée d'impôt.

L'APA ne peut être cumulée avec les prestations suivantes :

- L'aide sociale du département ou l'aide de la caisse de retraite pour l'aide-ménagère à domicile.
- Les aides des caisses de retraite.
- La MTP (majoration tierce personne).
- La PCRTP (prestation complémentaire pour recours à tierce personne).
- La PCH (prestation de compensation du handicap).

2.5.2 L'aide-ménagère à domicile

Le conseil départemental peut verser une aide sociale aux personnes qui ne bénéficient pas de l'APA. Cette aide finance les interventions d'une aide à domicile.

La demande se fait auprès du centre communal d'action social (CCAS) ou de la mairie (31).

Pour en bénéficier il faut être âgé d'au moins 65 ans (ou 60 ans pour les personnes reconnues inaptes au travail) ; avoir des difficultés pour accomplir les principales tâches ménagères ; ne pas bénéficier de l'APA et ne pas pouvoir en bénéficier ; et avoir des ressources mensuelles inférieures à 906,81 € pour une personne seule et à 1407,82 € pour un couple (31).

Le montant de l'aide est ensuite calculé en fonction des revenus. Une participation financière peut être demandée au bénéficiaire. Le montant de cette participation financière est fixé par le conseil départemental qui verse l'aide sociale.

2.5.3 Plan d'action personnalisé = PAP

Le plan d'action personnalisé a été mis en place par l'assurance retraite, ce plan est destiné aux seniors ayant une autonomie suffisante (GIR 5 et 6), mais dont la fragilité implique un soutien ponctuel. Ce plan d'action, nommé "Demande d'aide pour bien vieillir chez soi", intervient pour fournir des solutions personnalisées qui contribueront directement à prolonger l'indépendance et le bien-être de la personne âgée.

Ces prestations dépendent du montant des revenus et sont plafonnées à 3000 € (incluant la participation financière du senior et de la caisse régionale ou générale). Le renouvellement peut avoir lieu chaque année, en fonction des situations.

La CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail) est un organisme de sécurité sociale régional. Elle permet, sous conditions, de profiter de plusieurs types de services :

- L'aide à domicile : cela comprend l'entretien du logement, les courses, l'aide à la préparation des repas, à la toilette, etc.
- Les prestations occasionnelles, comme le portage des repas, l'aide aux transports, les petits travaux, etc.
- Les travaux d'amélioration de l'habitat : des travaux d'aménagement peuvent être en partie financés pour anticiper la perte d'autonomie.

Pour être éligible, il faut avoir au moins 55 ans ; faire partie des retraités du régime général à titre principal ; être GIR 5 ou 6 ayant un besoin d'aide pour rester autonome. Le plan d'action personnalisé n'est pas cumulable avec l'APA, la PCH (Prestation de compensation du handicap), la PSD (Prestation spécifique dépendance), l'ACTP (Allocation compensatrice pour tierce personne), la MTP (Majoration pour tierce personne), l'Allocation veuvage et l'hospitalisation à domicile. Le senior ne doit pas être hébergé au sein d'une famille d'accueil et ne doit pas être éligible à l'aide sociale

concernant les services d'aide-ménagère. Un plafond limite de ressources doit également être respecté (32).

2.6 LES CONSÉQUENCES DU MAINTIEN À DOMICILE

Les conséquences du maintien à domicile, que ce soit des avantages ou des inconvénients impactent la vie de la personne en perte d'autonomie sur le plan physique et psychologique ainsi que celle de son entourage. Le maintien à domicile implique une nouvelle organisation pour le patient, pour son entourage, ainsi qu'une réorganisation du lieu de vie avec un aménagement adapté.

Le maintien à domicile lorsqu'il est souhaité par le patient et son entourage est bénéfique aussi bien sur l'aspect physique que sur l'aspect psychologique. La majorité des personnes âgées souhaitent rester à domicile pour conserver leur autonomie et leur indépendance.

Le maintien à domicile apporte de nombreux avantages. L'avantage principal est de garder le même cadre de vie, cela permet à la personne âgée de conserver ses repères, ses habitudes et son environnement. Se maintenir à domicile permet de préserver son intimité par rapport à une institutionnalisation. Elle est libre de choisir ses visiteurs. Elle conserve également sa liberté d'action. Cette stabilité a un impact très important au niveau de son bien-être psychologique, le risque de dépression étant ainsi diminué.

Vis-à-vis des aidants et de l'entourage du patient, le maintien à domicile peut apporter un certain confort avec la conservation des habitudes et d'un environnement connu, comparé au cadre aseptisé d'un EHPAD ou d'un hôpital. Un des avantages non négligeable est également le coût du maintien à domicile qui reste moindre comparé à l'intégration d'une personne âgée dans un EHPAD.

Le maintien à domicile présente certaines limites. Le niveau de santé et de dépendance doit rester stable sans quoi une hospitalisation ou une institutionnalisation sera nécessaire. Il faut également pouvoir adapter et aménager le domicile du patient, et ce dernier doit accepter ce changement pour pouvoir se maintenir dans son logement. Les risques principaux du maintien à domicile sont le risque d'isolement et le risque d'accidents domestiques dont les chutes.

Le souhait de maintien à domicile doit venir du patient ainsi que de son aidant, deux conditions nécessaires afin d'éviter la dégradation accrue de la part du patient et/ou un épuisement de l'aidant.

Le risque d'épuisement de l'aidant est un facteur à prendre en compte et à ne surtout pas négliger. C'est un état d'épuisement moral et physique intense de l'aidant, qui par conséquent impacte en premier lieu l'aidant en lui-même mais en second lieu le patient. Le pharmacien a un rôle à jouer dans ce repérage, il est à même d'orienter

l'aidant vers des aides adaptées. Il est nécessaire que l'aidant puisse trouver son propre équilibre dans le maintien à domicile.

Le maintien à domicile impacte la vie de la personne en perte d'autonomie et de son entourage, nous allons voir dans le chapitre suivant, quel est le rôle et l'impact du pharmacien d'officine pour accompagner au mieux ces patients.

3. RÔLE ET PLACE DU PHARMACIEN DANS LE MAINTIEN À DOMICILE

Le vieillissement de la population étant en pleine croissance, le pharmacien est un acteur essentiel dans le parcours de santé du patient notamment dans le maintien à domicile de par sa proximité, sa disponibilité et ses connaissances de l'équipement médical.

3.1 L'IMAGE DU PHARMACIEN

La majorité des français ont une très bonne image de leur pharmacien, d'après l'étude effectuée en 2014 sur un échantillon représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus par l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP), associé au groupe Giphar (33).

Cette étude révèle que 70% des français se rendent en pharmacie au moins une fois par mois, et cette tendance est plus marquée chez les personnes âgées. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont également les plus fidèles à leur pharmacie, 91% d'entre elles n'en fréquentent qu'une seule.

Le pharmacien est la première source de conseils et d'informations sur les médicaments. Il est reconnu comme compétent et professionnel, comme ayant le sens du contact, rassurant et qui inspire confiance d'après les patients. Les sondés estiment également que le pharmacien est proche des patients et donne des conseils personnalisés.

Confirmé par cette étude, il apparaît que le pharmacien est un acteur essentiel dans le parcours de santé du patient âgé.

3.2 LOI HPST ET NOUVELLES MISSIONS POUR LE PHARMACIEN D'OFFICINE

Auparavant l'officine était définie comme étant un établissement affecté à la dispensation des médicaments, produits et objets de santé ainsi qu'à l'exécution des préparations magistrales ou officinales. Et par extension, le pharmacien avait donc pour unique but la délivrance de médicaments et des autres produits de santé.

La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires), promulguée le 21 juillet 2009 reconnaît aux pharmaciens d'officine la possibilité d'exercer de nouvelles missions.

Cette loi comporte quatre titres. Le titre I concerne la modernisation des établissements de santé. Le titre II est relatif à l'accès pour tous à des soins de qualité. Le titre III porte sur la prévention et la santé publique, et le titre IV sur l'organisation territoriale du système de santé (34).

Les parties concernant directement le pharmacien d'officine sont le titre II qui précise le rôle du pharmacien d'officine et la coopération entre les différents professionnels de santé, le titre III qui vise la prévention des maladies chroniques et des cancers grâce à l'éducation thérapeutique des patients par les professionnels de santé. Le titre IV a pour but la création des Agences Régionales de Santé (ARS) (35).

L'article L5125-1-1 A recense huit missions pour le pharmacien d'officine (36) :

1. La contribution aux soins de premier recours.
2. La participation à la coopération entre professionnels de santé.
3. La participation à la mission de service public de la permanence des soins.
4. Les pharmaciens d'officines concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé.
5. Les pharmaciens d'officines peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients.
6. Les pharmaciens d'officines peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur.
7. Les pharmaciens d'officines peuvent être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets.
8. Les pharmaciens d'officines peuvent proposer des conseils et des prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

Dans le cadre de cette thèse, la mission qui nous intéresse est la mission 8 relative au maintien de l'état de santé des patients. Le pharmacien d'officine a son rôle à jouer dans le maintien à domicile du patient, de par son rôle de conseil et de par les prestations techniques qu'il peut proposer, afin d'adapter, d'améliorer et de sécuriser le domicile du patient.

La mission 2 est également primordiale. Depuis 2009, la loi HPST a permis de formaliser la coopération interprofessionnelle et la pluridisciplinarité qui est centrale et essentielle car elle est étroitement liée au concept de parcours de soins. L'objectif étant d'améliorer la communication et les interactions entre les différents professionnels de santé afin d'optimiser les différentes étapes de prises en charge des patients (37).

Le dossier médical partagé (DMP) et depuis janvier 2022 « Mon Espace Santé » sont des outils mis à disposition pour une meilleure communication entre professionnels afin d'assurer une meilleure prise en charge des patients (38).

Il est aujourd'hui essentiel que le pharmacien communique avec les autres professionnels de santé, il doit informer voire former sur certains sujets les autres professionnels qui ne sont pas toujours au fait de l'actualité.

3.3 LES INTERVENANTS AU DOMICILE DU PATIENT

3.3.1 Les professionnels de santé

Au domicile du patient, on retrouve divers intervenants dont les professionnels de santé parmi lesquels on retrouve principalement les médecins, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les pharmaciens. Chacun étant à même de se déplacer au domicile du patient.

Les infirmiers libéraux jouent un rôle central dans le maintien à domicile du patient, ils passent jusqu'à plusieurs fois par jour chez le patient, connaissent leurs habitudes et leur mode de vie. Ils font le lien entre les différents professionnels de santé. Ce sont des interlocuteurs privilégiés pour le pharmacien d'officine.

3.3.2 L'entourage du patient et les diverses aides

En dehors des professionnels de santé, on retrouve l'entourage du patient, ainsi que les diverses aides dont il peut bénéficier (aide à domicile, portage de repas, téléassistance et autres). Ce sont des intervenants qui ont une importance majeure dans le bon déroulement du maintien à domicile du patient.

3.3.3 Les différents prestataires de services

Il existe différents prestataires de services : les prestataires de services et distributeurs de matériel (PSDM), les pharmaciens d'officine et l'hospitalisation à domicile.

Selon l'article D5232-6 du Code de la Santé Publique, les prestataires de services et distributeurs de matériel doivent respecter le droit du patient de s'adresser au professionnel de son choix. Le patient a le libre choix de son prestataire de services (39).

3.3.3.1 Les prestataires de services et distributeurs de matériel

Les prestataires de services et distributeurs de matériel (PSDM) peuvent être indépendants, officinaux ou mixtes.

Les prestataires indépendants interviennent à domicile sur prescription médicale. Après adhésion à la convention nationale avec l'assurance maladie ils peuvent facturer en tiers-payant (40,41). Ces prestataires n'agissent que sur la partie dispositif médical, et n'ont pas une vue d'ensemble sur la vie, la pathologie et l'entourage familial et pluridisciplinaire du patient. De ce fait ils offrent une prise en charge moins globale que celle que peut offrir le pharmacien.

Les prestataires officinaux interviennent à domicile en sous-traitance pour le compte d'une pharmacie d'officine. Dans ce cas-là, lorsque le pharmacien veut louer du matériel médical à un de ses patients, il fait appel à son prestataire pour l'installation. Cependant, la facturation de la prestation à la sécurité sociale étant effectuée par le pharmacien officinal, il est dans l'obligation d'accompagner le prestataire au domicile du patient. Ce schéma est retrouvé dans de nombreuses officines.

L'activité des prestataires est encadrée. Les PSDM destinés à favoriser le retour à domicile et l'autonomie des personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap, doivent disposer de personnels titulaires d'un diplôme, d'une validation d'acquis d'expérience professionnelle ou d'une équivalence attestant d'une formation à la délivrance de ces matériels ou de ces services et respecter des conditions d'exercice et des règles de bonne pratique (42). Ils doivent organiser la formation continue et son accès tout au long de la vie de leurs personnels. Ces professionnels ne sont formés qu'à la délivrance des DM de la catégorie 4 (lits médicaux, supports d'aide à la prévention et au traitement des escarres, produits d'assistance à la posture et véhicules pour personnes handicapées).

Les dispositifs médicaux et les services sont classés en quatre catégories (43). Les professionnels garants de l'application des règles professionnelles et de bonne pratique pour les dispositifs médicaux et services de la catégorie 1 (oxygénothérapie)

sont les pharmaciens. Pour la catégorie 2 (perfusion, nutrition entérale), ce sont les pharmaciens et les infirmiers. Pour la catégorie 3 (ventilation, pression positive continue, aérosolthérapie chronique), se rajoutent les masseurs-kinésithérapeute, et pour la catégorie 4, les professionnels ayant suivi une formation. Par exemple, un pharmacien doit être présent au sein d'un établissement distribuant de l'oxygène car il en est le professionnel garant.

Le prestataire doit obligatoirement assurer une assistance technique 24h/24 et une maintenance du matériel. Il doit également assurer la formation du patient et de son entourage à l'utilisation du matériel.

3.3.3.2 Le pharmacien d'officine prestataire

Le pharmacien d'officine peut posséder une activité de prestataire à part entière, c'est un double rôle. L'activité de prestataire est soumise aux mêmes règles et obligations que les PSDM. Cette activité nécessite les locaux nécessaires, il ne faut pas que le matériel en retour de location croise le matériel propre.

3.3.3.3 L'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) est comme son nom l'indique une hospitalisation à temps complet au cours de laquelle les soins sont effectués directement au domicile du patient. Elle assure des soins non réalisables en ville. Les établissements d'HAD peuvent être publics ou privés (à but commercial ou à but non lucratif), rattachés ou non à un établissement hospitalier.

3.4 LE PHARMACIEN : UN ACTEUR DE SANTÉ ESSENTIEL

Le pharmacien aujourd'hui ne se limite plus à la délivrance de médicaments, il propose une offre globale à ses patients notamment en diversifiant son activité vers le maintien à domicile et le matériel médical.

3.4.1 Règles de déontologie

L'objectif premier du code de déontologie est de protéger l'intérêt du public et de garantir que l'intérêt du patient prime toujours sur celui du pharmacien.

Les règles générales auxquelles sont notamment soumis les pharmaciens sont celles du respect la vie et la personne humaine, de contribuer à l'information et à l'éducation

sanitaire du public, de préserver son indépendance professionnelle et de respecter le secret professionnel (44).

La déontologie s'applique également au respect des bonnes pratiques de dispensation, y compris des mesures d'hygiène (d'autant plus en cette période de pandémie), et au respect de la prescription et des modalités de facturation.

Ces règles de déontologie garantissent la qualité de la prise en charge du patient.

3.4.2 Une équipe officinale formée et compétente

Pour assurer la qualité de la prise en charge du patient, l'équipe officinale doit être formée à minima sur les solutions matérielles à proposer, et si possible définir un « référent MAD ». Il est également nécessaire de rester informé sur les nouvelles solutions liées au MAD.

3.4.3 Bien s'entourer

Les relations avec les différents professionnels de santé sont primordiales, il faut travailler et communiquer avec les différents professionnels de santé entourant le patient, notamment les infirmiers et les médecins pour assurer une bonne prise en charge pluridisciplinaire du patient.

Si le pharmacien fait le choix de travailler avec un prestataire de service et de distribution de matériel, avec un contrat de sous-traitance, il doit s'assurer de la qualité de ce dernier.

3.4.4 Rôle de conseil et d'orientation

Le pharmacien est aujourd'hui l'un des professionnels de santé de proximité le plus accessible. Il est présent de manière relativement homogène sur toute la France. De par cette proximité et cette disponibilité, le pharmacien connaît sa patientèle ainsi que son entourage familial. Ce qui représente un atout important pour l'accompagnement du patient. Le patient a le libre choix de son pharmacien.

De par son rôle social, le pharmacien doit se tenir informé des aides proposées (réseaux de santé, aides financières) afin de renseigner le patient. Son rôle de conseil est primordial, il est capable de réorienter le patient vers la solution la plus adaptée pour répondre à ses attentes et à ses besoins. Il est à même de renseigner sur les

différentes aides au parcours de santé, ainsi qu'assurer une coordination interdisciplinaire.

Afin de mener à bien son rôle, le pharmacien au comptoir se doit de découvrir et d'identifier les besoins du patient et/ou de son entourage. L'écoute active permet de collecter les informations, de saisir les motivations ainsi que déterminer les potentiels freins. Une fois les besoins identifiés, il faut les hiérarchiser, les valider avec le patient pour ensuite lui faire une proposition adaptée. Il est nécessaire par la suite d'effectuer un suivi.

3.4.5 Accompagnement technique au domicile du patient

De par ses connaissances techniques en matériel médical, le pharmacien d'officine est à même de renseigner et de proposer du matériel adapté en tenant compte des besoins du patient afin d'améliorer l'aménagement de son domicile.

Il doit se rendre au domicile du patient lors d'une installation de matériel. En plus de renforcer le lien avec le patient, ça lui donne l'opportunité de repérer les risques éventuels. Cela permet également de faire un bilan et de proposer les solutions les plus adaptées aux besoins du patient. Il doit s'assurer de la compréhension du patient vis-à-vis de l'utilisation des dispositifs médicaux ainsi que lui faire part de la notion de signalement des incidents en lien avec la matériovigilance.

Les cinq principaux points de vigilance à repérer au domicile du patient sont :

- La présence d'obstacles dans les lieux de passage.
- Le risque de glissade sur un élément au sol par exemple.
- Le mauvais éclairage.
- Des rangements peu accessibles.
- L'absence d'éléments facilitants l'équilibre.

Le repérage concerne aussi la mise en évidence de la souffrance physique et psychologique, des troubles du comportement et des troubles cognitifs, des risques liés à la prise des médicaments, de la dénutrition, ainsi que le risque de chutes.

3.5 OUTILS DE COMMUNICATION

Pour devenir un acteur du maintien à domicile, le pharmacien doit le communiquer à sa patientèle. Pour cela, il peut mettre en place des affiches, des flyers, et mettre à disposition des catalogues produits pour les patients. Si la surface le permet, il est bienvenu d'aménager un espace dédié au maintien à domicile dans l'officine.

Afin d'effectuer une bonne prise en charge et d'évaluer au mieux les besoins du patient pour son maintien à domicile, j'ai élaboré un questionnaire d'évaluation des besoins disponible en Annexe n°8. Ce questionnaire est destiné à être réalisé par le pharmacien, en présence du patient et/ou de son aidant, à l'officine ou au domicile du patient. Il détermine l'environnement du patient et reprend les grands thèmes du MAD (qui seront détaillés dans la partie 4 de cette thèse) : la mobilité, l'aménagement de la chambre, du salon, de la salle de bain et des toilettes, ainsi que les transferts.

Après l'identification des besoins du patient, les fiches pratiques d'aide à la dispensation permettront de déterminer au mieux les dispositifs adaptés. Ces fiches possèdent de nombreux arbres décisionnels.

Le maintien à domicile des personnes âgées fait partie des enjeux majeurs en termes de santé publique et le pharmacien a toute sa place pour être acteur de ces changements.

4. ENVIRONNEMENT ET MAINTIEN DU PATIENT À DOMICILE

Pour un bon maintien à domicile du patient, il convient d'adapter, d'améliorer et de sécuriser son domicile.

4.1 AMÉNAGEMENT DE LA CHAMBRE

4.1.1 Lit médical

Le lit médical est un élément essentiel au confort et à la prise en charge du patient à son domicile. Il est destiné à sécuriser la personne alitée, à faciliter son lever et son coucher, ainsi que l'action des aidants. Il en existe trois principaux (45,46).

Le plus classique étant le **lit standard** (figure n°5), il convient à la majorité des personnes âgées. Il mesure 90 cm de large et 200 cm de long. La hauteur du sommier est variable, allant de 30 cm à 90 cm, permettant de faciliter les transferts. Le poids du patient ne doit pas excéder 135 kg.

Pour le patient désorienté il existe le **lit dit « Alzheimer »**, la seule différence notable par rapport au lit standard vient du fait que le lit descend plus bas, environ à 20 cm du sol au lieu de 30 cm ce qui permet de limiter le risque de blessures s'il y a une chute.

Le troisième lit est le **lit pour les patients de plus de 135 kg**. Ce lit mesure 120 cm de largeur, et dispose des mêmes fonctions qu'un lit standard. Le poids du patient doit être indiqué sur la prescription pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge.

Tous les lits disposent de 4 roues et de freins et sont tous dotés d'un relève-jambe avec ou sans plicature, d'un relève buste et d'une hauteur variable. Ils sont livrés avec une potence et deux barrières. Tous sont pliables ou démontables pour faciliter le transport et l'installation.

Pour des raisons pratiques, on retrouve souvent le lit médical aménagé dans le salon de la personne âgée.



Figure n°5 : Lit médical standard avec potence et barrières (47)

4.1.1.1 Législation des lits médicaux

Selon l'Arrêté du 12 avril 2017 portant modification des modalités d'inscription des lits médicaux inscrits au titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale (48), il faut que le lit médical ait au moins deux fonctions non manuelles (hauteur variable et section dossier à inclinaison variable), pas de fonction proclive ni déclive, des commandes électriques conformes aux normes de sécurité en vigueur et accessibles au malade sans l'aide d'une tierce personne, ainsi que des barrières de lit si la prescription le précise, compatibles avec le lit médical.

Pour les lits médicaux pour les patients de plus de 135 kg, on aura en plus des obligations précédentes, une prise en charge uniquement pour les lits à un sommier et de largeur minimale de 110 cm.

Vous pouvez retrouver en Annexe n°9, la législation complète des lits médicaux.

4.1.1.2 Modalités de prise en charge

Les lits médicaux sont disponibles à l'achat ou à la location. Une prise en charge est possible sous conditions et s'il y a prescription médicale. La prise en charge est assurée pour les patients ayant perdu leur autonomie motrice. Celle-ci peut être

définitive ou transitoire. Pour la prise en charge d'un lit pour les patients de plus de 135kg, le poids doit être précisé sur la prescription.

La location des lits médicaux fonctionne en location hebdomadaire, le tarif est différent selon le type de lit (tableau n°3).

Le forfait de livraison est un forfait comprenant le forfait de livraison, de mise en service et de reprise du lit et de ses accessoires à domicile pour les lits à la location. Le lit et les accessoires doivent avoir été nettoyés et désinfectés. Une maintenance annuelle préventive sera réalisée. Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé.

Location		Achat
Lit standard ou Alzheimer	Lit pour les patients de plus de 135kg	Lit spécifique
Location hebdomadaire Code LPP : 1241763 Tarif LPP : 12,60 €	Location hebdomadaire Code LPP : 1249523 Tarif LPP : 24 €	Tarif LPP : 1030 €
Forfait de livraison du lit et accessoires : Code LPP : 1274047 Tarif LPP : 230 €	Forfait de livraison du lit et accessoires : Code LPP : 1215702 Tarif LPP : 280 €	Forfait de livraison du lit spécifique et accessoires Code LPP : 1202473 Tarif LPP : 96,04 € Forfait de livraison du lit double et accessoires : Code LPP : 1296327 Tarif LPP : 96 €

Tableau n°3 : Prise en charge de la location et de l'achat d'un lit médical, ainsi que ses forfaits de livraisons (15)

La prise en charge d'un lit spécifique est assurée pour des patients ayants des besoins spécifiques en raison de leur taille (supérieure à 200 cm) ou de leur pathologie (entraînant des besoins non couverts par les lits médicaux en location) ou pour un lit double.

Le renouvellement de la prise en charge d'un lit spécifique ne peut se faire qu'au bout de 5 ans. Le lit spécifique bénéficie d'une garantie d'au moins 5 ans incluant une maintenance annuelle préventive, en cas de panne, un lit standard doit être mis à disposition du patient.

4.1.2 Matelas et compresseurs

Lorsqu'un patient a besoin d'un lit médical, la dispensation d'un matelas ou d'un surmatelas va de soit notamment dans le cadre de la prévention des escarres. Ces matelas anti-escarres permettent de répartir le poids du patient de façon homogène afin d'éviter une pression prolongée.

La réduction des pressions est facilitée par l'élasticité du matériau, par l'augmentation de la surface de contact et par la réduction des sources de frottements et de cisaillements.

Nous allons maintenant aborder les différentes classes de matelas, le matelas le plus prescrit étant le matelas ou surmatelas de classe II.

4.1.2.1 Matelas et surmatelas de classe I

Le matelas de classe I est en première intention si le patient ne présente pas d'escarre, c'est un **support statique**, c'est le patient en bougeant qui va modifier ses points d'appui. Aujourd'hui il est très peu prescrit.

La classe I est divisée en deux classes : I-A et I-B. La prise en charge de ces dispositifs médicaux est uniquement disponible à l'achat sur prescription médicale, dans la limite d'un matelas ou surmatelas maximum par an pour la classe I-A, et maximum tous les deux ans pour la classe I-B.

Les matelas de **Classe I-A** sont des matelas en mousse avec découpe en forme de gaufrier (figure n°6), des surmatelas à eau, des matelas mixte (mousse et eau ou mousse et air), et des surmatelas à pression alternée.

Les matelas de **Classe I-B** sont des surmatelas à air statique ou à air motorisé, des matelas avec produits à forte viscosité ou en mousse et produits à forte viscosité, et des matelas en mousse structurée formé de modules amovibles de densité et/ou de hauteur variable.

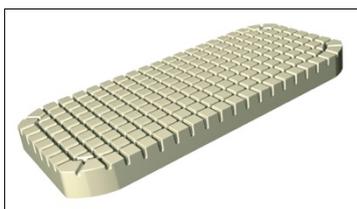


Figure n°6 : Matelas en mousse avec découpe en forme de gaufrier (classe I-A) (47)

4.1.2.2 Matelas et surmatelas de classe II

Les matelas et surmatelas de classe II sont les plus prescrits et les plus vus en officine. Il en existe quatre modèles.

Les **matelas ou surmatelas en mousse dits « à mémoire de forme »** (figure n°7) sont des **supports statiques** à multi-portance. En effet, ils possèdent trois densités de mousse : pour la tête, le corps et les pieds. Ce sont des matelas en deux parties : une mousse classique dessous et une mousse à mémoire de forme au-dessus. Le sens est donc important (dessus/dessous mais également tête-pieds). La prise en charge de ce dispositif est uniquement disponible à l'achat sur prescription médicale, dans la limite d'un matelas ou surmatelas maximum tous les trois ans.

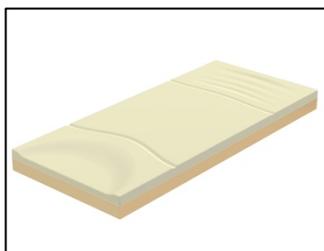


Figure n°7 : Matelas en mousse dit « à mémoire de forme » (47)

Les **surmatelas pneumatiques et les matelas à air motorisé** sont utilisés dans la prévention mais surtout dans le traitement des escarres. On les retrouve associé à un compresseur. Cette partie sera développée dans le chapitre 4.1.2.4.

Et plus anecdotiquement, on retrouve dans la LPPR les matelas mixtes incluant une couche en mousse viscoélastique et les matelas en mousse multistratée.

4.1.2.3 Matelas de classe III

Le seul matelas de classe III est un Matelas en mousse multistratée. On le voit peu en officine. Il est pris en charge dans les indications suivantes :

- Aide à la prévention d'escarre pour des patients à risque moyen à élevé de développer une escarre (selon jugement clinique et échelles), levé dans la journée, et alité plus de 15 heures.
- Aide au traitement d'escarre ou en post-chirurgie d'escarre chez des patients à risque de survenue d'escarre moyen à élevé avec :
 - o Une ou plusieurs escarres de stade 1 et/ou 2 hors zone d'appui, ou avec possibilité d'exclusion d'appui, patient levé ou non dans la journée ;
 - o Ou une escarre de stade 3 ou 4 hors zone d'appui, ou avec possibilité d'exclusion d'appui, avec système de décharge localisée ;
 - o Ou une escarre de stade 1 ou 2 en zone d'appui, patient levé ou non dans la journée avec système de positionnement et intervention d'auxiliaires médicaux 3 fois par jour pour vérification de l'installation et réalisation de retournement.

Dans les indications d'aide au traitement de l'escarre, l'association aux dispositifs de décharge localisée ou de positionnement est obligatoire. Le cas échéant, elle peut être associée à l'intervention d'auxiliaires médicaux.

La prise en charge du matelas est assurée dans l'aide à la prévention de l'escarre dans les indications retenues pour des patients ayant un poids inférieur à 140 kg. La prise en charge est limitée à un matelas tous les 5 ans.

4.1.2.4 Compresseurs pour surmatelas à air statique et à pression alternée

Si l'état du patient se dégrade et qu'il développe des escarres, il lui faudra un **matelas à air avec un compresseur** (figure n°8). C'est le matelas le plus efficace pour la prévention et le traitement des escarres car il permet une décharge du poids du corps.

Pour cela, on retrouve un support mousse de classe IA en dessous et d'un matelas à air motorisé de classe II au-dessus. Ce dernier est composé de 18 cellules, paires et impaires et il est relié par des tuyaux au compresseur. Le compresseur fait des cycles entre 7 et 12 minutes, il gonfle les cellules paires et dégonfle les cellules impaires, et inversement. Il s'agit d'un **support dynamique**, les points d'appuis du patient sont modifiés par le gonflement/dégonflement.

Le support mousse est à l'achat, le compresseur et le matelas sont à la location (location hebdomadaire).

L'achat du support mousse (classe IA) est au tarif LPP de 49,44 €.

Le forfait de location hebdomadaire du compresseur et du matelas est au tarif LPP de 10,88 € (code LPP : 1217374).

Le forfait de livraison est au tarif LPP de 17,48 € (code LPP : 1227332). Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé.



Figure n°8 : Surmatelas à air et compresseur (47)

4.1.3 Coussins de prévention des escarres

Comme pour les matelas, il existe des coussins de classe I et de classe II. Les plus utilisés et prescrits aujourd'hui sont ceux de classe II.

4.1.3.1 Coussins de classe I

Les coussins de classe I sont des coussins de série d'aide à la prévention des escarres pour les patients ayant un risque nul à faible d'escarres. La classe I est divisée en classe I-A et I-B.

Les coussins de classe IA sont en mousse (monobloc ou avec découpe), à eau, à air statique, ou mixte (mousse et eau ou mousse et air statique). L'inconvénient des coussins à eau, à air ou mixte est le risque de crevaison, de plus ils favorisent la macération.

Les coussins de classe IB sont en mousse, en gel, en mousse et gel, ou en fibre siliconées. Les coussins en gel ou en mousse et gel favorisent la macération. Le coussin en fibres siliconées est le plus confortable.

La prise en charge des coussins de classe I est assurée pour les patients présentant un risque d'escarres évalué à un score inférieur ou égal à 14 sur l'échelle de Norton ou ayant un risque équivalent évalué par une autre échelle validée ; et pour les patients atteints de lésions médullaires. Elle est assurée dans la limite d'un coussin maximum par an pour ceux de la classe I-A et maximum tous les deux ans pour ceux de la classe I-B.

4.1.3.2 Coussins de classe II

Les coussins de classe II sont des coussins de série d'aide à la prévention des escarres pour les patients ayant un risque modéré à très élevé d'escarres. Ce sont les plus prescrits.

Le coussin en mousse viscoélastique dite « à mémoire de forme » (figure n°9), est utilisé pour un patient à risque modéré à élevé d'escarres. Il stabilise la position assise et limite le glissement passif, mais le phénomène de macération est important.

Le coussin pneumatique est à destination du patient ayant un risque élevé à très élevé d'escarres. La circulation de l'air entre les bases des cellules réduit le phénomène de macération. Il existe en mono ou bi-compartment, ce dernier étant utile pour les personnes ayant un trouble de la stabilité.

Leur prise en charge est assurée pour les patients assis en fauteuil pendant plus de dix heures par jour et/ou pour les patients ayant un antécédent d'escarre et présentant un risque d'escarre évalué à un score inférieur ou égal à 14 sur l'échelle de Norton ou ayant un risque équivalent évalué par une autre échelle validée. Elle est assurée dans la limite d'un coussin maximum tous les trois ans.



Figure n°9 : Coussin à mémoire de forme (47)

4.1.4 Les escarres

4.1.4.1 Définition, épidémiologie et étiologie des escarres

L'escarre est un ulcère de pression, consécutif à une hypoxie tissulaire provoquée par une pression excessive et prolongée. La prévalence moyenne chez les patients hospitalisés est de 8,6%, l'incidence est de 4,3% et l'âge moyen est de 74 ans.

Les escarres au niveau du sacrum et des talons sont les plus fréquentes. Des escarres peuvent aussi se développer au niveau des ischions et du trochanter. L'escarre sacrée apparaît chez les patients assis en position affaissée vers l'avant ou chez les patients alités en position semi-assise. L'escarre des talons est fréquente chez les patients

alités en position dorsale, c'est la plus facile à guérir et la plus aisée à prévenir également. L'escarre du trochanter est une escarre peu fréquente, elle apparaît chez les patients alités en position latérale. L'escarre ischiatique est fréquente chez les patients assis, c'est l'escarre la plus fréquente chez le patient paraplégique.

Les étiologies des escarres sont nombreuses, il existe des facteurs de risques extrinsèques et intrinsèques (49,50) .

Les facteurs extrinsèques sont la pression, la friction et les forces de cisaillement. La **pression** est la force exercée sur la peau par le support. Les tissus mous sont comprimés entre des protubérances osseuses et des surfaces externes pendant des périodes prolongées, il se produit alors une occlusion microvasculaire avec ischémie et hypoxie tissulaire. Il faut prendre en compte son intensité et sa durée. Une escarre peut se développer en 3-4 heures. La **friction** est le frottement contre les vêtements ou la literie qui entraîne une ulcération cutanée. Les forces de cisaillement sont les forces des muscles et des tissus sous-cutanés qui sont tirés vers le bas par la gravité (sur un plan incliné) et qui s'opposent aux tissus plus superficiels qui eux restent en contact avec les surfaces externes. Cela contribue à la survenue d'escarres, mais ce n'est pas une cause directe.

Les facteurs intrinsèques sont plus nombreux, les principaux sont la **dénutrition** (qui est aussi un facteur prédictif), l'**immobilité** contrainte ou l'immobilité due aux troubles de la conscience, aux troubles moteurs ou au grand âge, et l'**humidité** due à la transpiration et/ou à l'incontinence qui contribue au déclenchement ou à l'aggravation d'une escarre. L'incontinence urinaire et fécale expose la peau à des substances irritantes.

On retrouve aussi en facteur intrinsèque : l'âge supérieur à 65 ans, l'état de la peau, la baisse du débit circulatoire, les neuropathies responsables d'une perte de sensibilité et de l'incapacité de changer de position, l'état psychologique et le manque de motivation à participer aux soins. Mais également les pathologies associées que ce soit des pathologies neurologiques, une AOMI, une hypoxie (anémie, hypotension...), et la diminution de la capacité à cicatriser en lien avec une sous-nutrition, un diabète, ou une perfusion tissulaire diminuée (maladie artérielle périphérique, immobilité, insuffisance veineuse).

4.1.4.2 Stades d'escarres

Les escarres peuvent être douloureuses ou prurigineuses à n'importe quel stade mais elles peuvent passer inaperçues pour les patients ayant des troubles cognitifs ou des troubles de la sensibilité.

Le système de classification le plus utilisé est celui du National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), qui classe les escarres en quatre stades (1 à 4) en fonction de l'étendue des lésions (50).

On peut déterminer un stade 0 où le patient est à risque. A ce stade, la rougeur est réversible sur le point d'appui. Si l'application d'une légère pression sur la zone rouge fait apparaître une marque blanche, l'escarre n'est pas encore déclarée, on est au stade 0. C'est le stade de la prévention.

Au stade 1, on observe une altération de la peau, et l'apparition d'un érythème persistant localisé sur le point d'appui. Il peut y avoir une modification de la température de la peau (chaleur ou froideur), une modification de la consistance du tissu (ferme ou molle) et/ou une sensibilité (douleur, démangeaisons).

Au stade 2, il y a une perte d'une partie de l'épaisseur de la peau (épiderme et/ou derme). L'escarre est superficielle et se présente cliniquement comme une abrasion, une phlyctène ou une ulcération peu profonde.

Au stade 3, la perte d'épaisseur de la peau est plus importante avec une nécrose tissulaire. La plaie se creuse et les tissus sous-jacents nécrosent.

Au stade 4, les tissus sont détruits avec une atteinte des muscles, des os, ou des structures de soutien (tendons, articulations). C'est le stade le plus grave car la plaie est très profonde.

4.1.4.3 Échelles d'évaluation

Les échelles permettent d'identifier les patients à risque, d'évaluer le niveau de risque individuellement et d'adapter le protocole préventif. Chaque échelle détermine un score seuil pour l'apparition d'escarres ou établit une classe de risque. Il existe des échelles anglo-saxonnes (échelle de Norton, échelle de Waterlow, échelle de Braden) et des échelles francophones (échelle des Peupliers-Gonesse ; échelle d'Angers, échelle de Genève). Seules les échelles anglo-saxonnes ont été validées. L'évaluation doit toujours être associée à un jugement clinique.

Les échelles les plus utilisées sont celles de Norton et de Braden.

4.1.4.3.1 Échelle de Norton

L'échelle de Norton est une échelle simple d'utilisation mais elle ne prend pas en compte l'état nutritionnel du patient (tableau n°4). La reproductibilité inter-observateur est mauvaise et variable dans le temps. Si le score est supérieur à 14, le risque de

développement d'escarres est minime, mais si le score est inférieur à 14, le risque de développement d'escarres est élevé.

Échelle d'évaluation de NORTON*									
Condition physique		État mental		Activité		Mobilité		Incontinence	
Bonne	4	Alerte	4	Marche normalement	4	Normale	4	Aucune	4
Moyenne	3	Apathique	3	Marche avec une aide	3	Diminuée	3	Occasionnelle	3
Mauvaise	2	Confus	2	Assis au fauteuil	2	Très limitée	2	Urinaire	2
Très mauvaise	1	Inconscient	1	Alité/totalement aidé	1	Immobile	1	Urinaire et fécale	1
Score total :									

Tableau n°4 : Échelle de Norton (51)

Elle évalue cinq paramètres : la condition physique, l'état mental, l'activité, la mobilité et l'incontinence (tableau n°4).

Condition physique = État clinique et santé physique (statut nutritionnel, intégrité des tissus, masse musculaire, état de la peau).

- Bon : État clinique stable, paraît en bonne santé et bien nourri.
- Moyen : État clinique généralement stable, paraît en bonne santé.
- Pauvre : État clinique instable, en mauvaise santé.
- Très mauvais : État clinique critique ou précaire.

État mental : Niveau de conscience et orientation.

- Alerté : Orienté, a conscience de son environnement.
- Apathique : Orienté (2 fois sur 3), passif.
- Confus : Orienté (1 fois sur 2) conversation quelquefois inappropriée.
- Inconscient : Généralement difficile à stimuler, léthargique.

Activité : Degré de capacité à se déplacer.

- Ambulant : Capable de marcher de manière indépendante (inclut la marche avec canne).
- Marche avec aide : Incapable de marcher sans aide humaine.
- Assis au fauteuil : Marche seulement pour aller au fauteuil, confiné au fauteuil à cause de son état et/ou sur prescription médicale.
- Totalement aidé : confiné au fauteuil à cause de son état et/ou sur prescription médicale.

Mobilité : Degré de contrôle et de mobilisation des membres.

- Totale : Bouge et contrôle tous ses membres volontairement, indépendant pour se mobiliser.

- Diminuée : Capable de bouger et de contrôler ses membres, mais avec quelques degrés de limitation, a besoin d'aide pour changer de position.
- Très limitée : Incapable de changer de position sans aide, offre peu d'aide pour bouger, paralysie, contractures.
- Immobile : Incapacité de bouger, incapable de changer de position.

Incontinence : Degré de capacité à contrôler intestins et vessie.

- Aucune : Contrôle total des intestins et de la vessie, ou présence d'une sonde urinaire.
- Occasionnelle : De 1 à 2 incontinences d'urine ou de selles par 24 heures, ou a une sonde urinaire ou un étui pénien mais incontinence fécale.
- Urinaire : De 3 à 6 incontinences urinaires ou diarrhéiques dans les dernières 24 heures.
- Urinaire et fécale : Ne contrôle ni intestins ni vessie, de 7 à 10 incontinences par 24 heures.

4.1.4.3.2 Échelle de Braden

L'échelle de Braden est claire et simple d'utilisation. Elle a été bien validée, elle a une bonne cohérence interne et une reproductibilité inter-observateurs. Elle est divisée en six catégories : perception sensorielle, activité, mobilité, nutrition, le facteur humidité et le facteur friction/cisaillement (tableau n°5).

Le risque d'apparition d'escarres est faible/nul si le score est compris entre 18 et 23. Entre 13 et 17, le risque est moyen/faible, entre 8 et 12 il est élevé/moyen, et s'il est inférieur à 8 il est très élevé.

Échelle d'évaluation de BRADEN*					
Perception sensorielle Capacité à répondre de manière adaptée à l'inconfort lié à la pression		Mobilité Capacité à changer et à contrôler les positions du corps		Activité Degré d'activité physique	
Complètement limitée	1	Complètement immobile	1	Alité	1
Très limitée	2	Très limitée	2	Confiné au fauteuil	2
Légèrement diminuée	3	Légèrement limitée	3	Marche occasionnellement	3
Aucune atteinte	4	Aucune limitation	4	Marche fréquemment	4
Nutrition Alimentation habituelle		Humidité Degré d'humidité auquel la peau est exposée		Friction et cisaillement Capacité à maintenir une bonne position au lit/au fauteuil	
Très pauvre	1	Constamment humide	1	Problème présent	1
Probablement insuffisante	2	Très humide	2	Problème potentiel	2
Correcte	3	Occasionnellement humide	3	Pas de problème apparent	3
Excellente	4	Rarement humide	4		
Score total :					

Tableau n°5 : Échelle de Braden (52)

L'échelle est plus détaillée en Annexe n°10 (53).

4.1.4.3.3 Échelle de Waterlow

L'échelle de Waterlow est très utilisée au niveau européen. Elle prend en compte le sexe et l'âge du patient, sa continence, sa mobilité, s'il y a une malnutrition, sa masse corporelle, l'aspect de sa peau, son appétit, sa déficience neurologique, s'il a subi une chirurgie traumatique, et s'il prend des médicaments cytotoxiques, des corticoïdes à haute doses et/ou des anti-inflammatoires (tableau n°6).

Le risque d'apparition d'escarres est faible si le score est compris entre 0 et 9. Entre 10 et 14, le risque est moyen, entre 15 et 19 il est élevé, et s'il est supérieur à 20 il est très élevé.

SEXE ET ÂGE		CONTINENCE		MOBILITE		MALNUTRITION DES TISSUS	
Masculin	1	Totale/Sonde	0	Complète	0	Cachexie terminale	3
Féminin	2	Incontinence occasionnelle	1	Agilité	1	Déficience cardiaque	5
14-49	1	Incontinence fécale	2	Apathique	2	Insuffisance vasculaire périphérique	5
50-64	2	Incontinence double	3	Restreinte	3	Anémies	2
65-74	3			Immobile (traction)	4	Tabagisme	1
75-80	4			Patient mis au fauteuil	5		
81 et +	5						
MASSE CORPORELLE		ASPECT DE LA PEAU		APPETIT		DEFICIENCE NEURO.	
Moyenne	0	Saine	0	Moyen	0	Diabète	4-6
Au-dessus de la moyenne	1	Fine	1	Faible	1	Sclérose en plaque AVC	
Obèse	2	Sèche/déshydratée	1	Alimentation par sonde gastrique uniquement	2	Déficit sensoriel Paraplégies	
En-dessous de la moyenne	3						
		Œdémateuse	1	A jeun, anorexique	3		
		État inflammatoire	1				
		Décolorée	2				
		Irritation cutanée	3				
CHIRURGIE TRAUMATIQUE		MEDICAMENTS				SCORE TOTAL	
Orthopédie Partie inférieure colonne	5	Cytotoxiques Corticoïdes à haute dose Anti-inflammatoires	4			Très haut risque	20 ou +
Intervention de +2h						Haut risque	15 à 19
						Risque moyen	10 à 14
						Risque faible	0 à 9

Tableau n°6 : Échelle de Waterlow (54)

4.1.4.4 Prévention des escarres

Pour prévenir l'apparition d'escarre, il existe des matelas et des coussins spécifiques, qui ont été développés dans les chapitres 4.1.2 et 4.1.3.

4.1.5 Autres dispositifs pour l'aménagement de la chambre

Dans la chambre, on peut proposer au patient d'autres dispositifs médicaux qui vont pouvoir améliorer son confort.

La table de lit (figure n°10), est utile notamment pour les personnes âgées alitées. C'est une table munie de roulettes, avec un plateau réglable en hauteur et qui peut s'incliner selon les modèles. Pour les patients incontinents ou à risque d'incontinence, on pourra proposer l'alèse de lit afin de protéger le matelas. Ces deux dispositifs médicaux ne bénéficient pas de prise en charge.



Figure n°10 : Table de lit (47)

Pour faciliter l'accès aux toilettes, il existe la **chaise percée** (figure n°11). Elle permet de limiter les déplacements. C'est une chaise qui est percée, avec un seau intégré amovible et des accoudoirs. Selon le modèle, elle peut posséder des roulettes. Ce dispositif médical est uniquement disponible à l'achat et peut bénéficier d'une prise en charge par la sécurité sociale à la hauteur du tarif LPP de 102,62 €.



Figure n°11 : Chaise percée, aussi nommée chaise garde-robe (47)

4.1.6 Conseils d'aménagement de la chambre

Afin de faciliter les déplacements dans la chambre, il ne faut pas encombrer les lieux de passages. Il convient d'éviter les tapis ou de les fixer au sol et d'éviter les fils qui traînent car ce sont des facteurs de risques de chutes.

Si l'accès aux toilettes est difficile, positionner une chaise percée proche et facile d'accès. De même, prévoir un dispositif d'aide à la mobilité (cane, déambulateur, fauteuil roulant) à proximité pour les déplacements de la personne ou un dispositif d'aide au transfert (fauteuil de transfert, guidon de transfert, verticalisateur, soulève-malade) si la personne âgée n'est plus autonome et/ou qu'elle a besoin d'aide à la verticalisation.

Pour les déplacements nocturnes, prévoir une veilleuse avec interrupteur à portée de main ou même une lumière à déclenchement automatique par détection de mouvement.

4.2 AMÉNAGEMENT DE LA SALLE DE BAIN ET DES TOILETTES

4.2.1 Aménagement de la salle de bain

L'objectif de l'aménagement de la salle de bain est de répondre aux difficultés des patients liées à l'enjambement d'une baignoire, du maintien en position semi-allongée ou assise, des difficultés à se relever pour sortir d'une baignoire, et du risque de chute et de glissement.

La salle de bain est le lieu où le risque de chute est le plus important. Pour limiter ce risque, il est préférable de privilégier une douche à l'italienne ou une baignoire à porte vis-à-vis d'une baignoire classique. Si cela n'est pas possible, il existe de nombreux dispositifs pour aménager la salle de bain.

4.2.1.1 Pour la douche

Pour la douche, il existe trois dispositifs principaux : le tabouret de douche, la chaise de douche et le siège de douche mural. Ces dispositifs sont destinés aux patients qui ne peuvent plus assurer une station debout durant toute la durée de la douche.

Le **tabouret de douche** a pour avantage d'être peu encombrant, de pouvoir être utilisé dans de petits espaces, son rangement et son transport est facile. C'est aussi le dispositif le plus économique. Cependant il est nécessaire que la personne âgée ait un tonus musculaire suffisant pour se maintenir en position assise sans basculer sur les côtés ou en avant et en arrière.

Il en existe de nombreux modèles, les principaux sont le tabouret classique (figure n°12) ; le tabouret incurvé avec une assise ergonomique et des poignées à chaque extrémité pour s'asseoir et se relever (figure n°13) ; et le tabouret avec assise tournante qui permet une meilleure aisance et une meilleure mobilité.

Les tabourets sont résistants à l'eau et possèdent des pieds antidérapants, les pieds peuvent être réglables selon les modèles. Certains modèles proposent des accoudoirs.



Figure n°12 : Tabouret de douche classique (47)



Figure n°13 : Tabouret de douche avec assise incurvée et poignées (47)

La **chaise de douche** est un dispositif plus encombrant que le tabouret, mais il permet un maintien dorsal et possède des accoudoirs pour stabiliser la position lors de la douche. La chaise de douche est également résistante à l'eau et possède des pieds antidérapants. Selon les modèles il peut y avoir des roulettes pour faciliter le transport.

La chaise de douche classique (figure n°14) possède une assise dorsale et des accoudoirs, certaines proposent une assise incurvée pour un meilleur confort.

La chaise de douche avec découpe intime permet de faciliter la toilette intime de la personne âgée.

La chaise percée de douche (figure n°15) est la seule chaise pouvant bénéficier d'une prise en charge si elle est prescrite sur une ordonnance. Elle rentre dans le cadre d'une « chaise percée avec accoudoirs et seau » dans la LPP au tarif LPP de 102,62 €.



Figure n°14 : Chaise de douche classique (47)



Figure n°15 : Chaise percée de douche (47)

Le **siège de douche mural** (figure n°16) se fixe dans le mur de la douche pour un maximum de stabilité. L'assise escamotable ou rabattable permet l'usage de la douche aux autres membres de la famille. Selon les modèles, il peut disposer d'accoudoirs amovibles, de pieds réglables, et d'une assise rembourrée.



Figure n°16 : Siège de douche mural (55)

Tous ces dispositifs médicaux sont uniquement disponibles à l'achat et ne bénéficient pas de prise en charge par la sécurité sociale (exception pour la chaise percée de douche).

4.2.1.2 Pour la baignoire

Pour la baignoire, il existe trois dispositifs principaux : la planche de bain, le siège de bain pivotant et le siège élévateur de bain.

La **planche de bain** (figure n°17) se fixe sur la baignoire, Elle possède généralement une poignée, une partie antidérapante centrale, un support pour poser la douchette sur le côté et une partie creuse pour le savon. Elle s'adapte à tous types de baignoires. Une fois installée elle est très robuste, le poids maximal supporté diffère selon les modèles.



Figure n°17 : Planche de bain (56)

Le **siège de bain** (figure n°18) pivotant permet généralement une rotation à 360 degrés. Ce dispositif facilite le transfert de la personne âgée. Cependant il n'y a pas de système de fixation contrairement à la planche de bain, de ce fait il est moins stable.



Figure n°18 : Siège de bain (47)

Le **siège élévateur de bain** (figure n°19) se place à l'intérieur de la baignoire, il en existe des manuels ou des électriques.



Figure n°19 : Siège élévateur de bain (55)

Ces dispositifs médicaux sont uniquement disponibles à l'achat et ne bénéficient pas de prise en charge par la sécurité sociale.

4.2.1.3 Autres accessoires pour la salle de bain

Les **barres d'appui** (figure n°20) assurent un soutien et rassurent les patients. Pour choisir une barre d'appui il y a plusieurs paramètres à prendre en compte : le type de mur et s'il y a la possibilité de percer ; son utilisation et sa hauteur ; et la morphologie du patient. La barre d'appui à ventouse nécessite un carrelage parfaitement lisse. Pour limiter le risque de chute, il existe des **tapis de douche** ou des **tapis de bain antidérapants**.



Figure n°20 : Barre d'appui droite (47)

4.2.2 Aménagement des toilettes

Pour une personne encore très autonome, qui arrive à se déplacer mais qui a des difficultés à s'asseoir et à se relever, le **rehausse WC** est une solution.

Il en existe plusieurs modèles (tableau n°7), dont les plus connus sont :

- Les clipper de I à VII, ils rehaussent de 11 cm la cuvette.
- Le rehausse WC réglable en hauteur : 6, 10 ou 15 cm, on peut également l'incliner vers l'avant. En grande majorité on choisit 10 cm de hauteur. En fonction des modèles, il peut être doté de deux accoudoirs mobiles qui vont aider la personne à se relever et lui assurer une meilleure stabilité. Il se met à la place de l'abattant-WC.

<p>Clipper I : 4 patins antidérapants</p>	<p>Clipper II : 4 clips de réglage</p>	<p>Clipper III : 4 clips de réglage + couvercle</p>	<p>Clipper IV : 4 clips de réglage + 2 poignées escamotables</p>
			
<p>Clipper V : 4 clips + poignées escamotables + couvercle</p>	<p>Clipper VI : clips + cadre de toilette Position proclive ou déclive possible</p>	<p>Clipper VII : clips + cadre de toilette + couvercle</p>	<p>Aquatec : hauteur réglable (6,10 ou 15cm) + accoudoirs + couvercle</p>
			

*Tableau n°7 : Tableau répertoriant les différents modèles de rehausse WC
(Liste non exhaustive) (47,56)*

Il existe également le **cadre de toilettes** (figure n°21) qui se pose autour de la cuvette.



Figure n°21 : Cadre de toilettes (57)

Ces dispositifs médicaux sont uniquement disponibles à l'achat et ne bénéficient pas de prise en charge par la sécurité sociale.

4.3 AMÉNAGEMENT DU SALON

L'aménagement du salon consiste principalement à proposer au patient ayant une autonomie de déplacement limitée ou nulle, un fauteuil offrant une coque enveloppante pour un maintien postural et un meilleur confort.

4.3.1 Fauteuil à pousser

Dans la LPP, le fauteuil à pousser est désigné sous le terme : « Véhicule pour handicapé physique, poussette ou fauteuil roulant à pousser avec dossier inclinable ou dossier et siège inclinables ».

Le fauteuil à pousser dispose d'un dossier inclinable, électrique ou manuel, d'accoudoirs et de quatre roues. Une assise anti-escarre est intégrée, ainsi qu'un appui-tête. Il peut y avoir une proclive pour aider la personne âgée à se relever du fauteuil.

Ce dispositif médical est uniquement disponible à l'achat. La prise en charge des poussettes et fauteuils roulants à pousser est assurée pour les personnes qui présentent une incapacité totale ou partielle de marcher et qui sont dans l'impossibilité, temporaire ou définitive, de propulser elles-mêmes un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou électrique. La prise en charge nécessite une prescription médicale, mais ne nécessite pas d'entente préalable. Le tarif LPP de prise en charge est de 403,50 €.

Lors de la délivrance d'un fauteuil, il est nécessaire de déterminer la bonne largeur d'assise. Pour la déterminer, faire assoir la personne âgée, mettre un livre de chaque côté de ses hanches et mesurer l'entre deux livres puis rajouter 1cm de chaque côté à cette mesure (figure n°22).



Figure n°22 : Schéma pour mesurer l'entre deux livres (58)

4.3.1.1 Exemples de fauteuil à pousser

Le fauteuil Mistral® est un fauteuil à pousser à inclinaison électrique, il est disponible en plusieurs coloris et en plusieurs largeurs d'assises (38 cm, 44 cm, 50 cm, 56 cm et 65 cm) (59).

Le fauteuil Liberty® (figure n°23) est un fauteuil à pousser disponible en version manuelle (le déploiement du repose-jambes est synchronisé à l'inclinaison du fauteuil) ou en version électrique (le fauteuil est accompagné alors d'une télécommande). Il a le même châssis que le Mistral® mais il est plus confortable. Il est également disponible en plusieurs coloris et en cinq largeurs d'assise (38 cm, 44 cm, 50 cm, 56 cm et 65 cm) (59).



Figure n°23 : Fauteuil à pousser Liberty® (59)

Le Starlev® (figure n°24) est un fauteuil à pousser à inclinaison électrique, disponible comme les précédents en plusieurs coloris et en cinq largeurs d'assise, mais la différence notable est qu'il possède une fonction permettant une aide au transfert debout par élévation de l'assise (59).



Figure n°24 : Fauteuil à pousser Starlev® (59)

4.3.2 Siège coquille

Le fauteuil coquille (figure n°25) est destiné aux personnes âgées pour qui le maintien en position assise est impossible sans un système de soutien et qui n'ont plus d'autonomie de déplacement. Il n'y a aucune prise en charge pour les patients ayant conservé une autonomie de déplacement afin d'éviter tous risques de mésusage et de grabatisation qui peut en découler (60).

Son dossier en forme de coquille enveloppante est inclinable pour un bon maintien du dos et des jambes. Il est équipé d'accoudoirs et de repose-jambe. Il est également équipé de roues pour permettre aux aidants de le déplacer facilement.



Figure n°25 : Siège coquille (47)

La prise en charge d'un fauteuil coquille ne peut se faire que pour les patients appartenant à l'une des catégories suivantes (61) :

- Personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- Personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées mais dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ;
- Personnes en fin de vie.

Cependant rentrer dans ces indications ne suffit pas, il faut également faire une demande d'entente préalable auprès de l'organisme d'assurance maladie. Le défaut de réponse dans un délai de 15 jours vaut accord.

Ce dispositif médical est uniquement disponible à l'achat. La prise en charge à hauteur du tarif LPP de 532,54 € nécessite une prescription médicale et peut être renouvelée tous les cinq ans.

4.3.3 Fauteuil releveur

Contrairement au fauteuil coquille, un fauteuil releveur est utilisé par des personnes autonomes qui ne sont pas dépendantes. Le fauteuil releveur est multi-positions, il possède un dossier inclinable et un relève-jambe. Il n'y a pas de prise en charge pour ce fauteuil car il est considéré comme de confort par la sécurité sociale.

4.4 MOBILITÉ/TRANSFERT

4.4.1 Aides à la mobilité

4.4.1.1 Canes de marches

La canne de marche est un dispositif s'adressant aux personnes souffrant d'un déficit mineur de la marche. Elle est utilisée pour palier un trouble de la marche ou de l'équilibre. En effet, la canne apporte un appui stable et sécurisant lors des déplacements.

Il faut veiller au poids maximum supporté, mais une canne ne doit pas subir la totalité du poids corporel du patient, c'est une aide pour le patient qui a encore de la force dans ses jambes.

Le choix de la canne se fait en fonction de l'usage et de la situation du patient (62,63).

4.4.1.1.1 Différentes cannes de marche

4.4.1.1.1 Canne simple

La plus commune est la canne simple à un seul pied (figure n°26), elle permet un soutien et un appui ferme pour le patient, le coude et l'épaule sont sollicités.

Elle est réglable en hauteur ou si elle ne l'est pas il y a la possibilité de la scier mais cette action est irréversible. Elle existe en pliable ou en télescopique. Actuellement il en existe avec des motifs pour une meilleure acceptabilité du patient.

Elle est prise en charge uniquement à l'achat, sur prescription médicale, à la hauteur du tarif LPP de 12,20 €.



Figure n°26 : Canne simple (47)

4.4.1.1.2 Canne tripode ou quadripode

La canne tripode (figure n°27) ou quadripode assure une plus grande stabilité au patient car elle possède trois pieds pour la canne tripode et quatre pieds pour la quadripode. Elle est réglable en hauteur (63).

Elle est prise en charge uniquement à l'achat, sur prescription médicale, à la hauteur du tarif LPP de 12,65 €.



Figure n°27 : Canne tripode (47)

4.4.1.1.1.3 Canne anglaise

La canne anglaise (figure n°28) avec appui anté-brachial permet un appui au niveau du poignet et de l'avant-bras. Elle est surtout utilisée pour de la rééducation suite à un traumatisme. De plus, elle est surtout utilisée en paire et elle est réglable en hauteur.

Elle est prise en charge uniquement à l'achat, sur prescription médicale, à la hauteur du tarif LPP de 12,20 €.



Figure n°28 : Canne anglaise (47)

4.4.1.1.2 Réglage de la canne

Il est primordial d'avoir un bon réglage de la hauteur de la canne pour un appui et un soutien optimal. Une canne trop basse favorise les mauvaises postures et le mal de dos, une canne trop haute est mal utilisée (souvent de biais) et augmente le risque de chutes. Il faut que la poignée se situe au niveau de la plicature du poignet du patient lorsque le patient a le bras le long du corps (63).

4.4.1.1.3 Caractéristiques de la canne

Le fût :

Le fût (ou le corps de la canne) doit être léger mais résistant. Il en existe de différents matériaux : aluminium, bois, carbone. Les cannes classiques supportent jusqu'à 100 kg. Les cannes XXL peuvent supporter jusqu'à 120 kg.

La poignée :

Pour les cannes simples notamment, il existe différents types de poignées (tableau n°8) (63).

La poignée en T est la plus classique et la plus courante, la paume de la main doit se positionner sur partie la plus longue. Elle permet un très bon appui.

La poignée Derby a été conçue pour pouvoir l'accrocher au bras, elle est conseillée aux patients ayant besoin d'un maintien d'équilibre léger à moyen. Elle offre une prise en main confortable, la main ne peut ni glisser vers l'avant ni vers l'arrière.

La poignée anatomique est idéale pour les personnes souffrant d'arthrite, ou de pathologies articulaires, mais on peut la conseiller à toute personne ayant besoin d'une poignée très confortable. Elles ne sont pas ambidextres de ce fait.

Ces trois types de poignées sont celles que l'on retrouve le plus sur le marché et celles qui sont le plus proposées car elles apportent un bon appui et sont adaptés pour quasiment tous types de patients. Il existe d'autres poignées qui ont plus d'inconvénients que celles précédemment évoquées, elles sont donc beaucoup moins utilisées.

Poignée en T	Poignée Derby	Poignée anatomique
		

Tableau n°8 : Différents types de poignées de canne (47,56)

L'embout de canne :

L'embout de canne est un élément primordial, il doit toujours être en bon état pour une aide optimale de la canne. Il faut le changer dès qu'il est usé. Les embouts sont disponibles à l'achat et ne sont pas pris en charge. Il en existe plusieurs, il faut notamment connaître son diamètre. Plus l'embout est large, plus la canne est stable.

4.4.1.1.4 Accessoires pour cannes

Pour un meilleur confort il existe d'autres accessoires pour cannes, qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie :

- L'accroche canne permet de bloquer la canne sur une table par exemple.
- La dragonne permet au patient de rattraper sa canne.
- L'embase permet un appui plus stable.

4.4.1.1.5 Conseils d'utilisation

Lorsque l'on délivre une canne de marche à un patient il faut lui régler correctement la hauteur, lui dire de porter la canne du côté de la jambe la plus fonctionnelle, lui rappeler

de changer l'embout dès que celui-ci est usé et de prêter attention ou d'enlever les tapis et les choses pouvant encombrer son sol à domicile.

4.4.1.2 Déambulateurs

Le déambulateur permet à une personne âgée de marcher à l'intérieur ou à l'extérieur en maintenant son autonomie de déplacement et en prévenant le risque de chute.

4.4.1.2.1 Différents types de déambulateurs

Le déambulateur se choisit en fonction :

- De l'usage : extérieur ou intérieur.
- De son utilisation : quotidienne ou occasionnelle.
- De la morphologie de la personne pour prendre en compte la hauteur réglable, le poids maximum supporté et la largeur d'assise.
- Du poids du déambulateur : il faut que la personne puisse le manipuler le plus facilement possible.
- De l'encombrement et du pliage, il faut toujours penser à vérifier la largeur des portes.

Pour un usage intérieur, le choix se portera sur un déambulateur fixe (ou cadre de marche) ou un déambulateur deux roues.

Pour un usage extérieur, il faut que les roues soient adaptées à la route, on utilisera préférentiellement un déambulateur trois roues ou un déambulateur quatre roues.

Plus les roues sont grandes, plus elles sont adéquates pour l'extérieur. Les petites roues sont plutôt destinées à un usage intérieur.

4.4.1.2.1.1 Déambulateur fixe ou cadre de marche

Le déambulateur fixe comme son nom l'indique possède quatre pieds fixes, il n'a pas de roulettes. Il est uniquement utilisé pour l'intérieur. Le patient doit le soulever pour avancer, il faut donc qu'il ait suffisamment de force. Il est très léger en général.

Ce déambulateur englobe le patient, il est très sécurisant, c'est celui qui apporte un soutien très solide et c'est le plus stable des déambulateurs.

Il en existe différents modèles : le classique (figure n°29) ; le fixe pliable pour pouvoir le ranger plus facilement ou pour pouvoir le transporter lorsque le patient voyage ; l'articulé (le patient avance le côté gauche puis le droit) ; et celui à deux niveaux pour aider le patient à se relever.



Figure n°29 : Déambulateur fixe classique (47)

4.4.1.2.1.2 Déambulateur deux roues

Le déambulateur deux roues (figure n°30) possède deux pieds fixes et deux roues. Son usage est uniquement intérieur. En fonction des modèles, il peut avoir une assise, être pliable, etc. Il n'a pas de frein.

En pratique il est destiné aux personnes âgées qui n'ont pas assez de force pour soulever un déambulateur fixe, grâce à ces deux roues avant, il suffit de le pousser pour pouvoir avancer.



Figure n°30 : Déambulateur deux roues (47)

4.4.1.2.1.3 Déambulateur trois roues

Le déambulateur trois roues (figure n°31) possède trois pieds avec des roues, il est principalement destiné à un usage extérieur.

Ce déambulateur est réservé aux patients nécessitant un soutien et non un appui car il est très maniable, c'est le moins stable des déambulateurs. Il est muni de freins.

En fonction des modèles il peut avoir un panier, être pliable, etc.



Figure n°31 : Déambulateur trois roues (47)

4.4.1.2.1.4 Déambulateurs quatre roues

Le déambulateur quatre roues (figure n°32) possède quatre pieds avec des roues, il est stable et mobile. Il est principalement destiné à un usage extérieur. Il est muni de freins.

On peut le conseiller aux patients ayant une perte modérée de la mobilité ou de légers troubles de l'équilibre, il permet de rassurer la personne.

En fonction des modèles il peut avoir un panier, une assise, un dossier, un sac pour faire des courses, être pliable.



Figure n°32 : Déambulateur quatre roues (56)

4.4.1.2.2 Prise en charge

Les déambulateurs sont disponibles à l'achat ou à la location. La prise en charge est la même quelle que soit le déambulateur et nécessite une prescription.

La prise en charge à l'achat d'un déambulateur est à la hauteur du tarif LPP de 53,81€.

Pour la location d'un déambulateur, il existe deux forfaits hebdomadaires. Si la location est inférieure ou égale à 26 semaines la prise en charge est de 2,21 € (code LPP : 1225646). Si la location hebdomadaire est supérieure à 26 semaines, la prise en charge est de 1,34 € (code LPP : 1260418).

Il est possible de rajouter un forfait de livraison à domicile (code LPP : 1290968) au tarif LPP de 12,96 €. Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé.

4.4.1.2.3 Conseils lors de la délivrance

Lors de la délivrance d'un déambulateur il faut prêter attention :

- À la hauteur des poignées, comme pour les cannes, pour régler la hauteur, il faut que la poignée du déambulateur soit en regard de la plicature des poignets lorsque le patient à les bras le long du corps.
- Au poids maximum supporté par le déambulateur.
- À la largeur des portes au domicile du patient.
- Au poids du déambulateur notamment pour le fixe, il faut que le patient puisse le soulever.
- A l'utilisation extérieure ou intérieur pour le choix du déambulateur.

Si le déambulateur est pliable il faut s'assurer que le patient puisse le saisir et le déplier lui-même.

4.4.1.3 Fauteuils roulants

Dans la LPP (Titre 4), les fauteuils roulants font partis des véhicules pour handicapés physiques. Ils peuvent être à propulsion manuelle (pliants ou non pliants) ou à propulsion par moteur électrique.

4.4.1.3.1 Fauteuils roulants à propulsion manuelle

Les fauteuils roulants manuels sont destinés aux personnes ayant perdu l'usage de leurs jambes de façon temporaire ou définitive, ils favorisent l'autonomie des personnes âgées disposant d'une bonne motricité et de la force dans les bras, donc capable de se propulser d'elle-même.

4.4.1.3.1.1 Différents modèles de fauteuils roulants à propulsion manuelle

Les fauteuils roulants à propulsion manuelle sont divisés en trois catégories : les fauteuils roulants pliants, les fauteuils roulants non pliants et les fauteuils roulant de confort.

Il existe trois catégories de **fauteuils roulants à propulsion manuelle pliants** : à dossier inclinable, à dossier non inclinable, ou à dossier non inclinable à articulation médiane. C'est le fauteuil roulant le plus fréquent en officine. Il est très pratique pour l'emmener en déplacement et pour voyager, ainsi que pour le ranger.

Les **fauteuils roulants à propulsion manuelle non pliants** sont plus légers et rigides, de ce fait ils sont plus réactifs et plus précis dans les déplacements. Ces fauteuils font partie d'un marché très particulier, notamment celui du handicap, on ne les voit pas en officine.

Le **fauteuil roulant de confort** (figure n°33) comme son nom l'indique est un fauteuil de confort supérieur au fauteuil roulant « classique », il est utilisé pour un usage intérieur et/ou extérieur. Il est destiné aux personnes âgées pour les stations longues en position assise. Le dossier est inclinable, l'appui-tête et les repose-jambes sont inclus. On le retrouve beaucoup en EHPAD.



Figure n°33 : Fauteuil roulant de confort (56)

4.4.1.3.1.2 Caractéristiques techniques

Le fauteuil roulant manuel se compose d'un siège et d'un dossier en toile fixé sur un châssis, il possède deux grandes roues arrières motrices utilisées pour se déplacer et deux roues avant multidirectionnelles directrices plus petites (figure n°34).

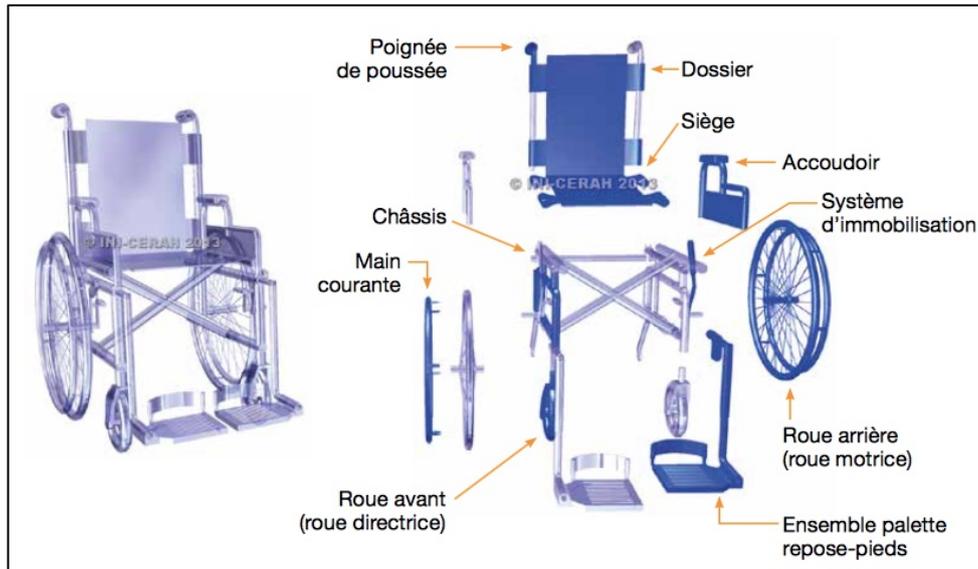


Figure n°34 : Les différents éléments composant un fauteuil roulant (64)

Les dimensions du fauteuil roulant sont des éléments importants pour le confort et la sécurité de la personne âgée.

Largeur du siège :

Pour déterminer la bonne largeur, faire assier la personne âgée, mettre un livre de chaque côté des hanches et mesurer l'entre deux livres puis rajouter 1cm de chaque côté à cette mesure (figure n°22).

Si la largeur est trop importante, cela peut provoquer des difficultés de propulsion autonome et des risques de mauvais positionnement. Au contraire si la largeur est trop étroite, cela peut engendrer des risques d'escarres au niveau du bassin.

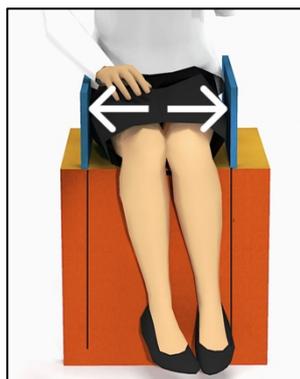


Figure n°22 : Schéma pour mesurer l'entre deux livres (58)

Profondeur du siège :

C'est la distance entre le dossier et le bord avant de la toile de siège.

Plus on est de grande taille, plus une grande distance est acceptable. Si la profondeur est trop courte, le risque d'escarre est présent, mais si la profondeur est trop

importante, cela peut provoquer une compression au niveau des genoux et un risque de glissement vers l'avant.

Hauteur du dossier :

Le haut de la toile de dossier doit se situer en dessous ou au-dessus de la pointe de l'omoplate.

Pour se propulser de façon autonome et pour laisser les épaules libres et mobile, le dossier doit se situer sous la pointe de l'omoplate. Si le dossier doit être inclinable ou si la personne âgée doit avoir un tronc bien maintenu, il faut privilégier un dossier plus haut.

L'utilisation d'un coussin de siège diminuera forcément la hauteur.

Hauteur entre le siège et les repose-pieds :

Il faut pouvoir passer le plat de la main entre la toile de siège (ou coussin) et la cuisse. Si la palette est trop haute, il y a un risque d'escarre, mais si la palette est trop basse, cela comprime les cuisses et cela augmente le glissement vers l'avant.

Le talon doit reposer sur les palettes, et la cheville doit se positionner à 90° par rapport à la jambe.

Des palettes peuvent s'incliner permettant de s'adapter aux déformations des pieds. Si la personne âgée utilise un coussin, il faut penser à remonter les repose-pieds.

Réglage des roues :

Si l'axe des roues arrières est positionné en arrière du dossier, le fauteuil est plus stable mais moins maniable, l'accès aux mains courantes est plus difficile et la bascule du fauteuil est plus difficile pour le franchissement d'obstacles. Si le dossier est inclinable, les roues sont positionnées de série en arrière pour éviter le basculement trop rapide en cas d'inclinaison du dossier.

Si au contraire l'axe des roues est positionné en avant du dossier, le fauteuil est plus maniable mais moins stable, l'accès aux mains courantes et le franchissement d'obstacles sont plus facile.

Plus les roues avant directrices sont petites, plus le fauteuil est maniable à l'intérieur. Si le fauteuil est plutôt destiné à un usage extérieur, il faut privilégier des roues avant plus grandes.

Le diamètre des roues motrices arrière est généralement de 24 pouces. Ce diamètre permet d'offrir un large choix de pneus et de mains courantes.

Accoudoirs :

Un bon réglage des accoudoirs permet un bon positionnement et évite les crispations. L'épaule doit être détendue, mais maintenue par l'appui de l'avant-bras sur l'accoudoir.

Le poids du fauteuil est un critère important, plus le fauteuil roulant est léger, plus il est maniable. Différents matériaux sont utilisés, le plus courant étant l'aluminium.

4.4.1.3.1.3 Accessoires

Les **repose-pieds** peuvent être escamotables (permettant de les retirer complètement ou de les ouvrir pour faciliter le transfert) ou fixes (optimisant la rigidité de l'avant du fauteuil).

Le **repose-jambe** permet un maintien du pied et de la jambe tendue, cet accessoire est réglable et inclinable. Il se met à la place d'un repose-pied.

L'**appui-tête** permet de soulager la nuque lorsque la personne est en position inclinée de façon prolongée.

Le **coussin de siège** apportera du confort si l'utilisation du fauteuil est prolongée.

Le **coussin gouttière** ou **gouttière**, se place sur l'accoudoir pour mettre l'avant-bras en position de repos. Il est particulièrement indiqué chez l'hémiplégique.

Le **cale-tronc** évite le risque de chute ou de glissement sur les côtés.

La **roulette anti-bascule** permet d'éviter le risque de chute arrière lors d'un franchissement d'obstacle.

Le **tube basculeur** est une aide au basculement du fauteuil par l'accompagnant.

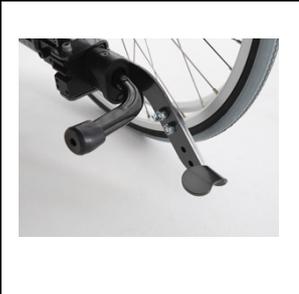
Repose-pieds	Repose-jambe	Appui-tête	Coussin de siège
			
Coussin gouttière	Cale-tronc	Roulette anti-bascule	Tube basculeur
			

Tableau n°9 : Les différents accessoires pour fauteuil roulant (65,66)

4.4.1.3.1.4 Prise en charge

Les fauteuils roulants manuels sont disponibles à l'achat ou à la location. La prise en charge nécessite une prescription. La prise en charge est assurée pour les patients pour lesquels la propulsion manuelle (par un ou les deux membres supérieurs) ou podale est possible de manière active.

Achat d'un fauteuil roulant manuel pliant :

Pour un fauteuil roulant manuel pliant à dossier inclinable, la prise en charge est à la hauteur du tarif LPP de 603,65 €.

Pour un fauteuil roulant manuel pliant à dossier non inclinable, la prise en charge est à la hauteur du tarif LPP de 558,99 €.

Pour un fauteuil roulant manuel pliant à dossier non inclinable à articulation médiane, la prise en charge est à la hauteur du tarif LPP de 603,65 €. Sa prise en charge est assurée pour les personnes se déplaçant régulièrement en voiture, en tant que passager ou non, ou recherchant une mobilité ponctuelle supérieure au niveau des épaules.

Location d'un fauteuil roulant manuel :

Pour la location d'un fauteuil roulant, il existe différents forfaits hebdomadaires en fonction de la durée et du nombre d'accessoires.

Si la location est inférieure ou égale à 52 semaines :

- Avec 1 accessoire (code LPP : 1298680) : Tarif LPP de 16,45 €.
- Avec 2 accessoires (code LPP : 1204800) : Tarif LPP de 21,30 €.
- Avec 3 accessoires (code LPP : 1210917) : Tarif LPP de 25,51 €.

Si la location est supérieure à 52 semaines :

- Avec 1 accessoire (code LPP : 1255682) : Tarif LPP de 10,12 €.
- Avec 2 accessoires (code LPP : 1204800) : Tarif LPP de 13,07 €.
- Avec 3 accessoires (code LPP : 1240976) : Tarif LPP de 15,60 €.

Le forfait 1 accessoire correspond à la location du fauteuil roulant avec ses deux repose-pieds.

On peut louer le fauteuil avec d'autres accessoires, ceux pris en charge sont : le repose-jambe, l'appui-tête, la gouttière ou le cale-tronc.

Le forfait 2 accessoires s'applique dès que l'on rajoute un accessoire en plus des repose-pieds. Dans le cas d'un repose-jambe, on retirera un repose-pied.

Exemples de cas pour un forfait 2 accessoires :

- Location d'un fauteuil avec un repose-pied et un repose-jambe.

- Location d'un fauteuil avec un appui-tête et deux repose-pieds.

Le forfait 3 accessoires s'applique dès que l'on rajoute deux accessoires (ou plus) en plus des repose-pieds. Dans le cas d'un repose-jambe, on retirera un repose-pied.

Exemples de cas pour un forfait 3 accessoires :

- Location d'un fauteuil avec deux repose-jambes
- Location d'un fauteuil avec un appui-tête, un repose-jambe et un repose-pied

Il est possible de rajouter un forfait de livraison à domicile (code LPP : 1292105) au tarif LPP de 17,68 €. Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé.

4.4.1.3.2 Fauteuils roulants à propulsion électrique

Les fauteuils roulants à propulsion électrique (figure n°35) sont destinés aux personnes ne pouvant pas utiliser un fauteuil roulant à propulsion manuelle, en raison de leur déficience, ou de leur situation environnementale et qui possèdent les capacités cognitives suffisantes pour leur permettre d'en assurer la maîtrise (67).



Figure n°35 : Fauteuil roulant électrique (47)

4.4.1.3.2.1 Prise en charge des fauteuils roulants à propulsion électrique

Les fauteuils roulants à propulsion électriques sont uniquement disponibles à l'achat.

La prise en charge est assurée pour les personnes qui sont dans l'impossibilité de propulser elles-mêmes un fauteuil roulant à propulsion manuelle soit en raison de leur déficience, soit en raison de leur situation environnementale et qui ont des capacités cognitives leur permettant d'assurer la maîtrise du fauteuil roulant à propulsion par moteur électrique. La personne doit avoir un fonctionnement suffisant des membres

supérieurs (dextérité, coordination) pour conduire l'appareil et avoir les capacités visuelles nécessaires à l'utilisation du fauteuil en sécurité.

La prise en charge est soumise à une **demande d'entente préalable** (67).

Les deux préalables à la prescription sont l'évaluation des besoins et de la situation de la personne, et les préconisations qui en découlent.

Cette évaluation est effectuée par une équipe pluridisciplinaire constituée au minimum d'un médecin compétent en médecine physique et en réadaptation, d'un ergothérapeute ou d'un kinésithérapeute ayant une pratique dans le domaine des VPH. Elle est réalisée selon les quatre critères suivants :

1. Les facteurs personnels et les activités du patient : son âge, ses capacités physiques et cognitives, ses comorbidités et sa morphologie.
2. La pathologie du patient.
3. La participation, c'est-à-dire le temps d'utilisation par jour ou par semaine, les types et longueur des déplacements et les types d'activités réalisées avec le fauteuil roulant (vie quotidienne, travail, loisirs).
4. Les facteurs environnementaux : usage intérieur et/ou extérieur, le lieu de vie du patient, sa situation, la présence ou non d'un ascenseur, s'agit-il de terrains accidentés où y-a-t-il des côtes, la conduite d'un véhicule motorisé (voiture) et /ou l'utilisation des transports en commun.

L'intégralité des sous critères doivent être remplis et/ou justifiés sur la fiche d'évaluation et doit être accompagnée obligatoirement de la prise de mesures du patient.

Les préconisations sont ensuite rédigées par l'équipe pluridisciplinaire et sont formalisées sous forme de fiche. Cette fiche indiquera le modèle du fauteuil choisi par l'équipe pluridisciplinaire et le patient, les caractéristiques qu'il doit posséder, le détail des options nécessaires et les mesures du patient. La fiche est transmise ensuite au distributeur.

Après une phase d'essai de sept jours, la prescription définitive est effectuée au cours d'une consultation post évaluation. Cette consultation effectuée par l'équipe pluridisciplinaire permet de vérifier l'adéquation entre le fauteuil délivré et les besoins du patient. Dans le cas d'une inadéquation au besoin du patient, une nouvelle préconisation médicale sera réalisée.

La prise en charge par l'assurance maladie est conditionnée à la réalisation des trois étapes : l'évaluation des besoins, les préconisations qui en découlent et la prescription définitive effectuée à la fin du parcours pour valider le choix définitif du fauteuil.

La prescription peut être effectuée par :

- Un médecin spécialiste compétent en médecine physique et en réadaptation (MPR) : titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de MPR, d'un médecin titulaire d'une équivalence par le biais d'un diplôme interuniversitaire de médecine de rééducation couplé à une expérience professionnelle dans le domaine de la MPR.
- Un médecin titulaire d'un DU Appareillage (des personnes handicapées, des handicapés moteurs...).
- Un ergothérapeute exerçant au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

La prise en charge nécessite également une autre condition obligatoire, il s'agit de réaliser un essai pratique en présence de l'équipe pluridisciplinaire pour vérifier les capacités cognitives du patient et son aptitude à maîtriser la conduite du fauteuil roulant à propulsion électrique. Le certificat autorisant la conduite est une condition à la prise en charge.

Le certificat autorisant la conduite est une condition à la prise en charge, il :

- Atteste l'adéquation du fauteuil au handicap de la personne.
- Atteste le besoin du fauteuil pour réaliser le projet de vie personnalisé à l'extérieur, et que l'environnement de vie sociale de la personne lui impose des déplacements mixtes en intérieur et en extérieur, en milieu urbain.
- Précise que les capacités cognitives de la personne lui permettent d'en assurer la maîtrise.

Le renouvellement de la prise en charge d'un fauteuil à propulsion électrique ne peut intervenir avant une période de cinq ans (68).

4.4.1.4 Scooters électrique modulaire

Un scooter électrique modulaire (figure n°36) est muni au minimum de 3 roues, avec un plancher sur lequel est fixée une assise. L'assise est composée d'un siège, d'un dossier et de deux accoudoirs.

La propulsion est assurée par ou plusieurs moteurs électriques. Le patient dispose d'une commande électronique de la vitesse et contrôle manuellement la direction du véhicule (68).



Figure n°36 : Scooter électrique modulaire (47)

4.4.1.4.1 Différents types de scooters

Il existe trois classes de scooters électriques modulaires : A+, B et C (69).

Les scooters de classe A+ sont destinés à un usage intérieur. Ils sont compacts, manœuvrables, démontables et capables de franchir certains environnements extérieurs.

Les scooters de classe B sont destinés à un usage mixte (intérieur et extérieur). Ils sont suffisamment compacts et manœuvrables pour certains environnements intérieurs et capables de franchir certains environnements extérieurs.

Les scooters de classe C sont destinés à un usage extérieur car leur taille est généralement importante. Ils sont capables de se déplacer sur de longues distances et de franchir des obstacles extérieurs.

4.4.1.4.2 Prise en charge des scooters électriques modulaires

La prise en charge est assurée pour les personnes ayant une limitation sévère et durable de l'activité de marche, dans l'impossibilité d'atteindre leurs objectifs de participation sociale en utilisant un fauteuil roulant à propulsion manuelle du fait de leur incapacité à propulser elles-mêmes un fauteuil roulant à propulsion manuelle en extérieur soit en raison de leur déficience soit en raison de leur situation environnementale (69).

L'objectif de la prise en charge d'un scooter est de favoriser la participation sociale de la personne en situation de handicap, cet aspect devant être exprimé dans le projet de vie de la personne.

La prise en charge est soumise à une **demande d'entente préalable** (69).

Le patient doit posséder les capacités physiques, perceptives et cognitives nécessaires pour assurer la maîtrise et l'utilisation du scooter en sécurité. Elle doit être capable de marcher de façon stable sur au moins quelques mètres (avec l'aide éventuelle de dispositifs d'aide à la marche), avoir un équilibre suffisant pour maintenir la position assise, pouvoir effectuer ses transferts de façon autonome et en sécurité, avoir un fonctionnement suffisant des membres supérieurs (dextérité, coordination) et avoir les capacités cognitives et perceptives nécessaires à son utilisation.

Les conditions de prise en charge par l'assurance maladie des scooters sont les mêmes que pour celle d'un fauteuil roulant à propulsion électrique.

La prise en charge s'articule autour d'un parcours en plusieurs étapes : l'évaluation des besoins, les préconisations et la prescription définitive (68).

L'évaluation des besoins est effectuée par une équipe pluridisciplinaire constituée au minimum d'un médecin compétent en médecine physique et en réadaptation, d'un ergothérapeute ou d'un kinésithérapeute ayant une pratique dans le domaine des VPH. Elle est réalisée selon les quatre critères suivants :

1. Les facteurs personnels et les activités du patient : son âge, ses capacités physiques et cognitives, ses comorbidités et sa morphologie.
2. La pathologie du patient.
3. La participation, c'est-à-dire le temps d'utilisation par jour ou par semaine, les types et longueur des déplacements et les types d'activités réalisées avec le scooter (vie quotidienne, travail, loisirs).
4. Les facteurs environnementaux : usage intérieur et/ou extérieur, le lieu de vie du patient, sa situation, la présence ou non d'un ascenseur, s'agit-il de terrains accidentés où y-a-t-il des côtes, la conduite d'un véhicule motorisé (voiture) et /ou l'utilisation des transports en communs.

L'intégralité des sous critères doivent être remplis et/ou justifiés sur la fiche d'évaluation et doit être accompagnée obligatoirement de la prise de mesures du patient.

Les préconisations sont ensuite rédigées par l'équipe pluridisciplinaire et sont formalisées sous forme de fiche. Cette fiche indiquera le modèle du scooter choisi par l'équipe pluridisciplinaire et le patient, les caractéristiques qu'il doit posséder, le détail des options nécessaires et les mesures du patient. La fiche est transmise ensuite au distributeur.

Après une phase d'essai de sept jours, la prescription définitive sera effectuée au cours d'une consultation post-évaluation. Cette consultation effectuée par l'équipe pluridisciplinaire permet de vérifier l'adéquation entre le scooter délivré et les besoins

du patient. Dans le cas d'une inadéquation au besoin du patient, une nouvelle préconisation médicale sera réalisée.

La prescription peut être effectuée par :

- Un médecin spécialiste compétent en médecine physique et en réadaptation (MPR) : titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de MPR, d'un médecin titulaire d'une équivalence par le biais d'un diplôme interuniversitaire de médecine de rééducation couplé à une expérience professionnelle dans le domaine de la MPR.
- Un médecin titulaire d'un DU Appareillage (des personnes handicapées, des handicapés moteurs...).
- Un ergothérapeute exerçant au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

La prise en charge nécessite également une autre condition obligatoire, il s'agit de réaliser un essai pratique en présence de l'équipe pluridisciplinaire pour vérifier les capacités cognitives du patient et son aptitude à maîtriser la conduite du scooter. Le certificat autorisant la conduite est une condition à la prise en charge.

Le certificat autorisant la conduite est une condition à la prise en charge, il :

- Atteste l'adéquation du scooter au handicap de la personne.
- Atteste le besoin du scooter pour réaliser le projet de vie personnalisé à l'extérieur, et que l'environnement de vie sociale de la personne lui impose des déplacements mixtes en intérieur et en extérieur, en milieu urbain.
- Précise que les capacités cognitives de la personne lui permettent d'en assurer la maîtrise.

Le renouvellement de la prise en charge d'un scooter électrique modulaire ne peut intervenir avant une période de cinq ans.

Ces scooters électriques modulaires sont uniquement disponibles à l'achat. Chaque modèle à un prix unitaire réglementé.

4.4.2 Aides au transfert

4.4.2.1 Fauteuil de transfert

Le fauteuil de transfert (figure n°37) est un fauteuil muni de quatre petites roues permettant de déplacer un patient sur une courte distance le plus facilement possible. Ce fauteuil nécessite une tierce personne.

On retrouve le fauteuil de transfert dans le titre 4 de la LPP : « Véhicule pour handicapé physique, poussette standard ou fauteuil roulant à pousser non réglable, avec dossier ou sièges rigides ou non ». Sa prise en charge est assurée pour les personnes qui

présentent une incapacité totale ou partielle de marcher et qui sont dans l'impossibilité, temporaire ou définitive, de propulser elles-mêmes un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou électrique. Ce dispositif est uniquement disponible à l'achat, la prise en charge nécessite une prescription et est à la hauteur du tarif LPP de 356,94 €.



Figure n°37 : Fauteuil de transfert (47)

4.4.2.2 Guidon de transfert

Le guidon de transfert (figure n°38) est un appareil d'aide à la verticalisation et au transfert des patients ayant des difficultés motrices des membres inférieurs mais qui possèdent encore de la force dans les jambes. Il a pour objectif de faciliter le passage de la position assise à debout en se tractant avec les mains puis de faire pivoter le patient afin de le transférer du lit au fauteuil et inversement.

Il existe deux modèles principaux de guidons de transfert. Le premier est constitué d'un socle, d'un guidon et de deux petites roues pour transporter le guidon de transfert à vide. Ce dispositif permet uniquement de faire sortir le patient de son lit et de le transférer au fauteuil juste à côté. Il n'est pas conçu pour déambuler avec le patient. Le deuxième possède quatre petites roues et l'on peut rajouter une sangle pour déambuler avec le patient.

On retrouve le fauteuil de transfert dans le titre 1 de la LPP : « appareil modulaire de verticalisation ». Le guidon de transfert est indiqué, entre autres, aux infirmes moteurs d'origine cérébrale, aux myopathes, aux malades présentant des lésions neurologiques médullaires (en particulier les modèles avec embase antidérapante de sustentation, appui dorso-lombaire, tablette réglable).

Ce dispositif est uniquement disponible à l'achat, la prise en charge nécessite une prescription et est à la hauteur du tarif LPP de 363,74 €.

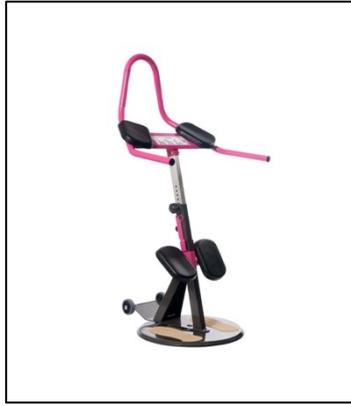


Figure n°38 : Guidon de transfert (70)

4.4.2.3 Verticalisateur

Le verticalisateur (figure n°39) est un appareil d'aide à la verticalisation et au transfert des patients ayant des difficultés motrices des membres inférieurs mais qui peuvent prendre appui temporairement sur au moins une jambe. Il a pour objectif de faciliter le passage de la position assise à debout.

Le verticalisateur est électrique, il est muni d'une structure mécanique avec un bras de levage, fixé à un châssis équipé de roulettes. Il comporte également une sangle.

La personne doit poser ses pieds sur le socle de l'appareil et ses jambes doivent être en appui sur le repose-tibia. L'aidant place la sangle dans le dos du patient puis la fixe au verticalisateur. Le bras, en s'élevant, tracte le patient vers le haut. Le patient peut alors être déplacé.

Le verticalisateur fonctionne avec une batterie, il faut le brancher sur secteur pour le recharger mais il doit être débranché pour fonctionner.

Il en existe plusieurs modèles, plus ou moins encombrants.



Figure n°39 : Verticalisateur (56)

Dans la LPP (Titre 1), le verticalisateur rentre dans la dénomination des « soulèves-malades ». Le verticalisateur est uniquement disponible à la location, sa prise en charge nécessite une prescription.

Le forfait de location hebdomadaire diffère en fonction du nombre de semaines de location prescrites. Si la location hebdomadaire est inférieure ou égale à 32 semaines la prise en charge est de 17,53 € (code LPP : 1231782). Si la location hebdomadaire est supérieure à 32 semaines, la prise en charge est de 10,82 € (code LPP : 1278654).

À cela, on peut rajouter le forfait de livraison à domicile (code LPP : 1272195) au tarif LPP de 17,68 €. Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé.

L'achat de la sangle est au tarif LPP de 24,15 €.

4.4.2.4 Soulève-malade

Le soulève-malade (figure n°40), également appelé lève-personne est un dispositif médical d'aide au transfert d'une personne. Il est indiqué chez les personnes âgées dépendantes non mobilisables en position verticale. Ce transfert nécessite une tierce personne mais aucune force de sa part n'est nécessaire.

Il s'utilise avec des sangles, il en existe différents modèles ainsi que plusieurs tailles. Un exemple est disponible en Annexe n°11.

La sangle en U évite le placement de la sangle sous les fesses du patient, la mise en place et le retrait sont plus agréables pour ce dernier et plus simple pour l'aidant.

La sangle hamac est enveloppante et permet le maintien de tout le corps. Elle est conseillée pour les personnes alitées et/ou ayant un faible tonus du tronc et de la tête. Elle est laissée en place lorsque le patient est au fauteuil.

La sangle de toilette ressemble à la sangle en U, les parties intimes sont dégagées, elle peut être utilisée pour une utilisation classique.



Figure n°40 : Soulève-malade (56)

Pour bien utiliser le soulève-malade, il faut d'abord le débrancher pour qu'il fonctionne. Ensuite il faut le rapprocher au plus proche du patient et glisser ses fourches sous le lit ou de chaque côté du fauteuil. On place la sangle sur le patient, on descend le fléau au plus proche du patient et on y fixe la sangle. Il suffit ensuite de lever le patient avec la télécommande et de rester près de lui pour plus de sécurité (71).

Le soulève-malade est uniquement disponible à la location, la prise en charge nécessite une prescription. Ce sont les mêmes codes et les mêmes tarifs LPP que le verticalisateur.

Le forfait de location hebdomadaire diffère en fonction du nombre de semaines de location prescrites. Si la location hebdomadaire est inférieure ou égale à 32 semaines, la prise en charge est de 17,53 € (code LPP : 1231782). Si la location hebdomadaire est supérieure à 32 semaines, la prise en charge est de 10,82 € (code LPP : 1278654).

A cela, on peut rajouter le forfait de livraison à domicile (code LPP : 1272195) au tarif LPP de 17,68 €. Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé.

L'achat de la sangle est au tarif LPP de 24,15 €.

4.4.2.5 Autres aides au transfert

Le **disque de transfert tournant** est une aide technique au transfert d'une personne en position assise. Il peut par exemple faciliter l'entrée ou la sortie d'une personne en voiture.

La **planche de transfert** est utile pour les personnes âgées ayant des difficultés à passer d'un endroit à un autre. Elle se place de manière à former un "pont" entre l'endroit où se situe le patient et l'endroit auquel il souhaite accéder. Le poids supporté varie selon le modèle.

Le **coussin d'aide à la levée** sert également à faciliter l'assise de la personne âgée.

Aucun de ces dispositifs ne bénéficie de prise en charge.

Disque de transfert tournant	Planche de transfert	Coussin d'aide à la levée
		

Tableau n°10 : Autres aides au transfert (72)

4.5 INCONTINENCE

L'incontinence urinaire constitue un réel handicap pour la personne âgée, elle est souvent synonyme de honte, de repli sur soi et d'isolement. Elle représente un facteur de risque de déclin fonctionnel, d'altération de la qualité de vie, de chute, d'infection urinaire et d'entrée en institution.

4.5.1 Les protections

Avant de choisir un type de protection, des éléments sont à prendre en compte :

- La mobilité de la personne.
- Le tour de taille de la personne pour pallier au mieux les fuites.
- Le volume des pertes urinaires.
 - o Légère : nécessite une absorption de 80 à 500 ml.
 - o Modérée : nécessite une absorption de 500 à 2000 ml.
 - o Sévère : nécessite une absorption de plus de 2000 ml.
 - o Les différents niveaux d'absorption sont représentés par des gouttes sur les paquets.
- Le type de perte. Il peut y avoir une incontinence fécale, il n'existe pas de protections spécifiques donc on privilégiera des changes complets.

Il n'y a pas de prise en charge sur ces dispositifs médicaux.

4.5.1.1 Les protections à placer dans les sous-vêtements

Les **protections droites ou traversables** sont indiquées pour une incontinence moyenne à sévère. Elles se placent dans les sous-vêtements. Dans le cas de fuites sévères, elles peuvent être ajoutées dans un change complet.

Les **protections anatomiques** sont indiquées pour tous types d'incontinence aussi bien chez la femme que chez l'homme. Elles se placent dans le sous-vêtement grâce à une bande adhésive.

Pour l'incontinence urinaire légère chez l'homme il existe les **coquilles** de forme anatomique. Elles se placent dans le sous-vêtement grâce à une bande adhésive.

Ces protections offrent l'avantage de ne pas avoir à se déshabiller entièrement.

Protection droite	Protection anatomique	Coquille pour homme
		

*Tableau n°11 : Les différentes protections à placer dans les sous-vêtements
(55,73,74)*

4.5.1.2 Les culottes absorbantes

Les culottes absorbantes, aussi appelées « pants » (figure n°41) sont des protections s'utilisant comme des sous-vêtements. Ils sont destinés aux personnes mobiles et autonomes souhaitant conserver leur autonomie tout en apportant sécurité et discrétion.



Figure n°41 : Culotte absorbante (74)

4.5.1.3 Les changes complets

Les changes complets (figure n°42) sont indiqués en cas d'incontinence modérée à sévère pour les hommes et les femmes alités ou à mobilité réduite. La mise en place de la protection se fera plus aisément au lit avec ce type de protection. Ils possèdent des ailes autoadhésives et des barrières antifuites. On peut les utiliser pour l'incontinence fécale mais il faudra changer le patient rapidement.



Figure n°42 : Change complet (74)

4.5.1.4 Les alèses

En complément des différentes protections, on peut proposer des alèses pour protéger la literie et les fauteuils.

4.5.2 Systèmes de recueil d'urine

4.5.2.1 Sondes vésicales et dispositifs de recueil

Certains patients peuvent souffrir de rétention urinaire, pour cela ils peuvent utiliser des sondes urinaires. Une sonde urinaire est un dispositif médical que l'on introduit

dans l'urètre jusqu'à la vessie et qui sert à la vidanger. L'urine peut être versée directement dans les toilettes ou récoltée dans une poche de recueil. Il existe deux types de sondage : le sondage à demeure et le sondage intermittent. Dans tous les cas, une sonde est à usage unique. Les sondes et les poches de recueil peuvent bénéficier d'une prise en charge par la sécurité sociale sur prescription.

4.5.2.1.1 Sondage à demeure

Le **sondage à demeure** est un sondage permanent. On utilise une sonde de Foley (figure n°43) qui possède un système de fixation grâce au ballonnet. La sonde est laissée en place pour une durée de six semaines maximum. Elle permet l'écoulement permanent de l'urine qui est recueillie dans une poche à urine qu'il sera nécessaire de vider régulièrement. Elle est toujours posée par un professionnel de santé. Le risque premier d'un sondage permanent est l'infection urinaire, il convient de réévaluer quotidiennement la nécessité de cette sonde urinaire (75).

La sonde de Foley possède deux canaux à l'extrémité distale, un pour le gonflement du ballonnet et un pour le drainage de l'urine. La fixation se fait grâce au ballonnet que l'on va gonfler avec de l'eau stérile, il y a un système anti reflux. On peut rajouter 10% de glycérine pour avoir un liquide plus visqueux pour éviter un dégonflement. Le ballonnet n'est gonflé qu'une fois que la sonde est bien positionnée et qu'on a vérifié que l'urine s'écoule bien. Pour le dégonfler il faut aspirer dans l'autre sens.



Figure n°43 : Sonde de Foley (76)

4.5.2.1.2 Sondage intermittent

Le **sondage intermittent** est un sondage ponctuel, il se fait de façon répétée plusieurs fois par jour (six en moyenne). On utilise une sonde vésicale sans ballonnet ou une sonde pour auto sondage (figure n°44). Il peut s'agir d'un hétéro-sondage si c'est le personnel soignant qui vient poser la sonde ou d'un auto-sondage quand c'est le patient lui-même qui pose sa sonde. Avec le sondage intermittent la vessie continue de fonctionner contrairement au sondage à demeure.



Figure n°44 : Sonde à usage unique pour un sondage intermittent (77)

4.5.2.1.3 Caractéristiques des sondes vésicales

Les sondes sont disponibles en plusieurs longueurs. L'urètre étant plus court chez la femme, on privilégiera des sondes de 20 cm. Pour les hommes on privilégiera des sondes de 40 cm.

Elles sont également disponibles en plusieurs diamètres, appelés charrière (CH). Une charrière correspond à un tiers de millimètre (ou 1 mm = 3 CH). Plus on augmente la charrière, plus on augmente le diamètre. Pour les femmes, on utilise des sondes de 8 CH à 14 CH et pour les hommes de 12 CH à 18 CH, cela peut aller jusqu'à 24 CH pour les personnes obèses. Les tailles de charrières ont un code couleur universel que l'on retrouve sur le godet de la sonde urinaire à l'extrémité proximale.

L'extrémité distale possède un ou plusieurs œils qui servent à drainer l'urine. Ils peuvent être côte à côte, décalés ou opposés. Pour limiter les risques de lésions de l'urètre, il existe des sondes dont les œils sont polis et recouverts d'un revêtement. Il existe différentes formes d'extrémités distales, les plus utilisées sont les sondes droites avec un embout Nelaton ou les sondes béquillées avec un embout Tiemann (qui permet de mieux passer les obstacles de la prostate).

Une sonde doit toujours être lubrifiée afin de permettre un passage aisé et sans douleur dans l'urètre.

4.5.2.1.4 Dispositifs de recueil des urines

Les poches sont destinées à être connectée à une sonde pour permettre le recueil des urines. Elles sont souples et transparente, et ont un volume allant de 500 ml à 2 L (voir 5 L). Les poches de 500 ml sont couramment appelées poches de jour et celles de 2 L poches de nuit. La plupart ont un système de vidange. Il est conseillé de vider la poche quand elle est remplie au 2/3 ou au 3/4 maximum pour éviter les problèmes de reflux. Une poche doit toujours être en contrebas de la vessie pour respecter l'évacuation normale.

Il existe des poches de jambes sur lesquelles on peut passer des bandes de fixation afin de pouvoir les fixer au mollet. Sur le côté interne de la poche il y a un revêtement plus doux et plus confortable pour la jambe.

4.5.2.2 Étui pénien et poche de jambe

Pour pallier l'incontinence urinaire masculine il existe le système de l'étui pénien relié à une poche de recueil d'urine (figure n°45). C'est une solution efficace et discrète pour les fuites modérées à sévères. Elle peut être utilisée de jour comme de nuit, de façon chronique ou ponctuelle.

Ce système est composé d'un étui qui va venir recouvrir le pénis, celui-ci est relié par une tubulure à la poche de recueil. L'évacuation des urines se fera par le robinet de vidange.

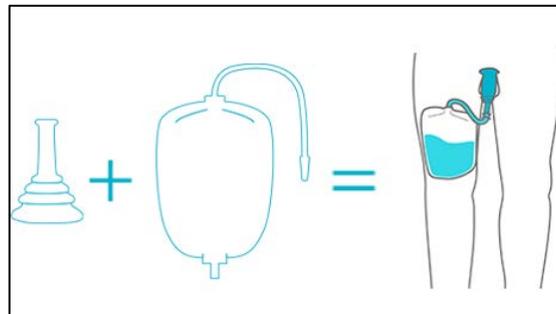


Figure n°45 : Étui pénien et poche de jambe (78)

Les étuis péniers ainsi que les poches de recueil peuvent bénéficier d'une prise en charge sur prescription.

4.5.2.3 Urinal et bassin de lit

L'urinal (figure n°46) et le bassin de lit sont des dispositifs pour les personnes alitées qui ne peuvent pas se déplacer jusqu'aux toilettes.

L'urinal est un récipient à col incliné où un homme peut uriner allongé.



Figure n°46 : Urinal (47)

4.5.3 Électrostimulateur neuromusculaire

L'électrostimulateur neuromusculaire est un dispositif médical pour le traitement de l'incontinence et pour l'appareil uro-génital. Cette technique non-invasive est basée sur la neurostimulation par électrodes autocollantes transcutanées. Il existe divers programmes en fonction de l'indication, le programme est à déterminer avec le médecin.

L'électrostimulateur bénéficie d'une prise en charge à l'achat et à la location sur prescription médicale.

La prise en charge est assurée après la réalisation d'un bilan urodynamique avec trace (cystomanométrie et sphincterométrie au minimum) effectué par un centre reconnu compétent et après une période probatoire de six à huit semaines avec contrôle post-thérapeutique réalisé à l'issue de cette période dans le même centre attestant de l'efficacité du traitement.

La prise en charge de l'auto-traitement à domicile n'est pas cumulable sur une même période avec la prise en charge du même traitement en centre. En cas de reprise du traitement par le centre lui-même, la prise en charge à domicile de l'appareil est suspendue.

A l'achat, le tarif LPP est de 304,90 €. Pour la location hebdomadaire, le tarif LPP est de 11,74 € (code LPP : 1111701).

4.6 AUTRES AIDES AU MAINTIEN À DOMICILE

4.6.1 Complémentation nutritionnelle orale

La complémentation nutritionnelle orale (CNO) répond à un double objectif. Elle permet d'éviter de recourir à la nutrition entérale et de ne pas entrer dans la spirale de la dénutrition (figure n°47).

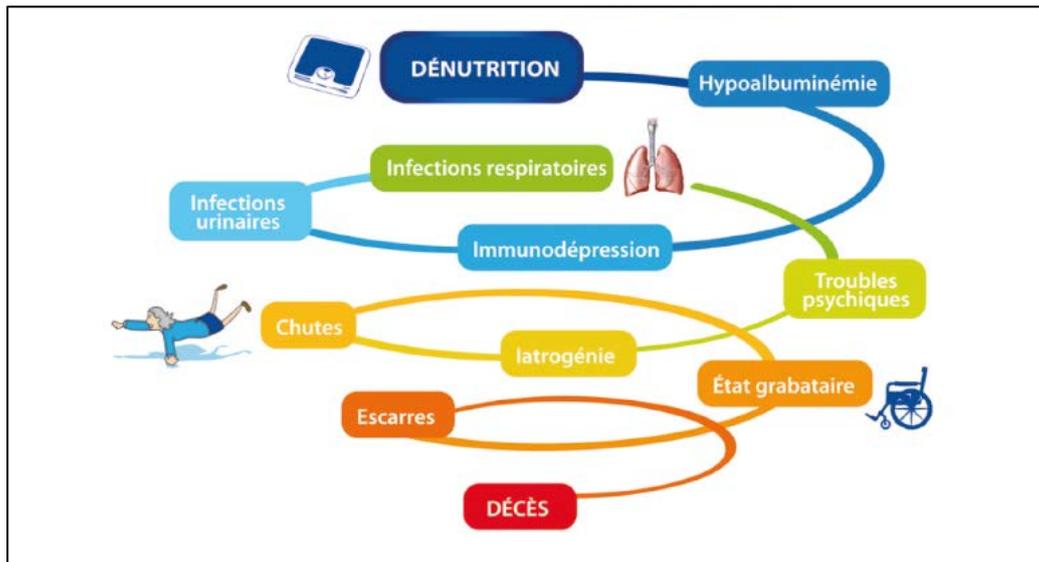


Figure n°47 : La spirale de la dénutrition (d'après le Dr Monique Ferry) (79)

4.6.1.1 La dénutrition

Selon la HAS, la dénutrition représente l'état d'un organisme en déséquilibre nutritionnel. Le déséquilibre nutritionnel étant caractérisé par un bilan énergétique et/ou protéique négatif.

La dénutrition est fréquemment rencontrée lors du vieillissement, ce déséquilibre nutritionnel conduit à des effets délétères sur l'organisme, il peut également aggraver le pronostic des maladies, diminuer la qualité de vie et augmenter le risque de dépendance. La dénutrition étant également un facteur de risque d'escarres, il est nécessaire d'avoir une prise en charge précoce.

Pour couvrir les besoins protéino-énergétiques de l'organisme on peut recourir à l'utilisation des compléments nutritionnels oraux.

4.6.1.2 Prise en charge de la dénutrition

La prise en charge des produits pour une complémentation nutritionnelle orale destinés aux adultes est assurée chez des malades dont la fonction intestinale est normale et qui sont dénutris selon des critères de dénutrition.

Pour les adultes de moins de 70 ans, les critères de dénutrition sont une perte de poids $\geq 5\%$ en un mois ou $\geq 10\%$ en six mois ; ou un indice de masse corporelle (IMC) $\leq 18,5$ (hors maigre constitutionnelle) (80).

Pour les adultes de plus de 70 ans les critères de dénutrition sont une perte de poids $\geq 5\%$ en un mois ou $\geq 10\%$ en six mois ; ou un IMC ≤ 21 ; ou un mini nutritional assessment (MNA) ≤ 17 (/30) ; ou une albuminémie < 35 g/l (80).

Les compléments nutritionnels oraux doivent être prescrits en complément de l'alimentation et de façon transitoire (sauf exceptions). L'objectif pour les personnes âgées (sauf exceptions) est d'atteindre un apport alimentaire supplémentaire de 400 kcal par jour et/ou de 30 g de protéines par jour (45).

La première prescription est effectuée pour un mois maximum. Lors de la première délivrance, le pharmacien ne peut délivrer que dix jours de traitement. A l'issue de cette période, après avoir évalué l'observance par le patient, le pharmacien peut adapter si nécessaire, dans les limites des apports prévus par la prescription, le complément prescrit pour la suite de la délivrance.

Les renouvellements sont effectués pour trois mois maximum après une réévaluation par le médecin comprenant le poids, l'état nutritionnel, l'évolution de la pathologie, le niveau des apports spontanés par voie orale, la tolérance et l'observance de la complémentation nutritionnelle orale.

4.6.1.3 Le Mini Nutritional Assessment (MNA)

Le Mini Nutritional Assessment (MNA®) est un outil d'évaluation permettant d'identifier les personnes âgées dénutries ou présentant un risque de dénutrition. Le MNA est un questionnaire en 18 items (Annexe n°12) qui permet de déterminer un score entre 0 et 30. Si le score est inférieur à 17, le patient est en mauvais état nutritionnel ; entre 17 et 23,5 points il y a un risque de malnutrition et entre 24 et 30 points l'état nutritionnel est normal.

4.6.1.4 Les différents types de complémentation

Il existe différents types de compléments nutritionnels oraux (81) :

Les mélanges polymériques normoprotidiques et hyperénergétiques pour adultes destinés aux malades définis dans le chapitre précédent (4.6.1.2) et ayant des apports spontanés insuffisants par rapport aux besoins estimés.

Les mélanges polymériques hyperprotidiques pour adultes sont destinés aux malades définis dans le chapitre précédent et présentant un hypermétabolisme et/ou un hypercatabolisme et aux sujets âgés ayant une carence d'apport en protéines inférieure à 0,9 g/kg/jour.

Les mélanges polymériques glucido-protidiques pour adultes sont des produits dépourvus de lipides ou très pauvres en lipides, à base de fruits, de légumes ou d'arômes de fruits ou de légumes.

Il existe également des protéines seules et des glucides seuls pour adultes, ces produits sont destinés à l'enrichissement de l'alimentation et il n'y a pas de spécificité liée à l'âge. Les lipides seuls pour adultes sont pris en charge uniquement pour les malades avec malabsorption lipidique et épanchements chyleux.

Les compositions et les conditionnements de ces différents compléments nutritionnels oraux sont définis dans l'arrêté du 7 mai 2019 portant modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des produits pour une complémentation nutritionnelle orale destinés aux adultes inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (paragraphe 2, sous-paragraphe 1).

Ces différents compléments nutritionnels oraux peuvent se présenter sous formes salés ou sucrés, sous formes de boissons, de yaourts, de crèmes dessert, de compotes, etc, dans le but de favoriser l'observance et l'acceptation du patient.

4.6.1.5 Conseils associés à la délivrance des compléments nutritionnels oraux

Afin de favoriser l'observance et l'acceptation de la complémentation nutritionnelle orale, il convient d'adapter les saveurs des compléments aux goûts du patient, et de varier les arômes et les textures. Il faut également bien préciser qu'il s'agit d'une complémentation, ils doivent être pris en dehors des repas et non à la place des repas. C'est un traitement de la dénutrition, il est donc nécessaire de mentionner les bénéfices attendus et le fait que leur prise est transitoire. Il est également important de mentionner la durée de conservation du complément nutritionnel après ouverture.

Le pharmacien est également là pour rappeler les conseils nutritionnels, l'alimentation se doit d'être régulière, équilibrée, appétissante, conviviale et adaptée. Il convient de proposer au patient de manger le plus possible à heure fixe, d'avoir une alimentation variée et équilibrée intégrant des produits laitiers, des fruits et légumes frais, des féculents, de la viande et du poisson, tout cela en accord avec les recommandations du PNNS. La présentation du plat et les repas en commun sont des facteurs importants pour stimuler l'appétit.

Pour enrichir une alimentation dans le but d'augmenter l'apport énergétique et protéique sans en augmenter le volume, on peut rajouter différents produits, tels que de la poudre de lait, du lait concentré entier, du fromage râpé, des œufs, de la crème

fraîche, ou des poudres de protéines industrielles dans l'alimentation traditionnelle du patient (82).

4.6.2 Chaussures thérapeutiques de séries

4.6.2.1 Chaussures thérapeutiques à usage temporaire (CHUT)

Selon l'HAS, une chaussure thérapeutique de série à usage temporaire (CHUT) est destinée aux patients dont les anomalies temporaires constatées au niveau du pied demandent un maintien ou un chaussant particulier que ne peut assurer une chaussure ordinaire, sans pour autant justifier l'attribution d'une chaussure thérapeutique sur mesure (83).

Parmi les CHUT, on retrouve trois catégories : les CHUT à décharge de l'avant-pied, les CHUT à décharge du talon, et les CHUT pour l'augmentation du volume de l'avant-pied. Les CHUT de décharges étant indiqués principalement pour des pathologies ou des lésions d'origine post-chirurgicale, traumatique ou médicale, je ne développerai que les CHUT pour l'augmentation du volume de l'avant-pied (84).

Ce sont les CHUT pour l'augmentation du volume de l'avant-pied que l'on retrouve le plus souvent dans le maintien à domicile du patient âgé. La prise en charge des CHUT pour l'augmentation de volume de l'avant-pied est assurée en cas d'inflammation ou d'œdème avec trouble trophique ou risque de trouble trophique. Ces chaussures doivent permettre si besoin le port d'un pansement, même important (84).

La prise en charge par l'assurance maladie, est à la hauteur du tarif LPP de 27,51 € l'unité, soit 55,02 € la paire, s'il y a une prescription.

4.6.2.2 Chaussures thérapeutiques à usage prolongé (CHUP)

Selon l'HAS, une chaussure thérapeutique de série à usage prolongé (CHUP) est destinée à des patients dont les anomalies prolongées constatées au niveau du pied demandent un maintien, un chaussant particulier ou une correction que ne peut assurer une chaussure ordinaire, sans pour autant justifier l'attribution d'une chaussure thérapeutique sur mesure (83).

La prise en charge est assurée par paire pour les patients adultes dès lors qu'elles sont incompatibles avec le port de chaussures classiques du commerce, pour les pathologies neuromusculaires évoluées, pour la prévention de lésions, pour les lésions ou les atteintes du pied liées à des pathologies neurologiques, vasculaires, métaboliques et orthopédiques avec un risque évolutif en termes de douleur, de raideur et de troubles trophiques. Sont exclus les cas de déformations orthopédiques

de l'avant-pied qui entraîneraient un conflit en cas d'appareillage comportant une orthèse plantaire (84).

La prise en charge des CHUP est assurée pour une durée minimale d'un an. A titre exceptionnel, sur argumentation du prescripteur, une seconde paire de CHUP peut être prise en charge si le mode de vie du patient le requiert (84). Dans la pratique officinale, on n'en voit jamais.

5. FICHES D'AIDE À LA DISPENSATION

L'objectif de ce travail est de fournir aux pharmaciens d'officine et à son équipe officinale des fiches d'aides à la dispensation des dispositifs médicaux utilisés pour le maintien à domicile afin que tout le personnel puisse savoir conseiller et informer à minima. Ces fiches sont une synthèse de la partie 4 de ce manuscrit.

Ces fiches d'aide comportent des arbres décisionnels pour le choix des dispositifs médicaux en fonction du patient, les caractéristiques des principaux dispositifs médicaux et reprennent les grands thèmes vus précédemment : l'aménagement de la chambre, du salon, de la salle de bain et des toilettes, ainsi que la mobilité, le transfert et l'incontinence. Une fiche sur les aides financières est également disponible. Les codes LPP ainsi que les tarifs LPP ont été revu en septembre 2022 (85).

FICHES PRATIQUES D'AIDE À LA DISPENSATION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

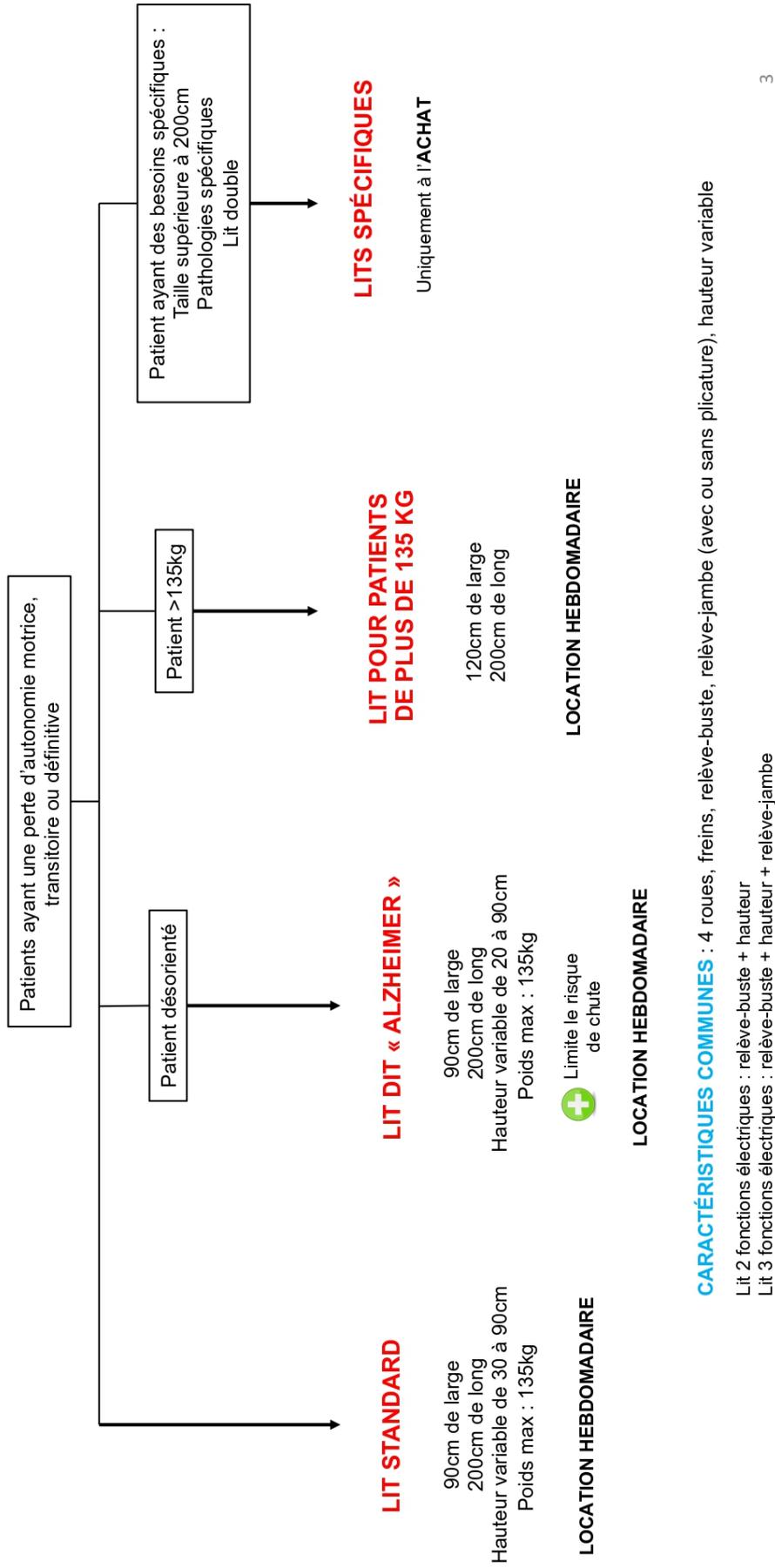
THÈSE
MAINTIEN À DOMICILE DU PATIENT ÂGÉ : RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE, MATÉRIEL MÉDICAL ET FICHES
PRATIQUES D'AIDE À LA DISPENSATION

RINEAU Audrey

SOMMAIRE

- ❖ **CHAMBRE**
 - ARBRE DÉCISIONNEL : LITS MÉDICAUX (page 3)
 - PRISE EN CHARGE DES LITS MÉDICAUX (page 4)
 - ARBRE DÉCISIONNEL : CHOIX DU MATELAS (page 5)
 - MATELAS (page 6)
 - AUTRES DISPOSITIFS ET CONSEILS D'AMÉNAGEMENTS DE LA CHAMBRE (page 7)
- ❖ **ESCARRES** : ESCARRES ET ÉCHELLES D'ÉVALUATION (page 8)
- ❖ **SALON**
 - ARBRE DÉCISIONNEL : CHOIX DU FAUTEUIL (page 9)
 - FAUTEUIL À POUSSER (page 10)
 - FAUTEUIL COQUILLE (page 11)
- ❖ **SALLE DE BAIN**
 - AIDES À LA DOUCHE (page 12)
 - AIDES AU BAIN (page 13)
 - AUTRES AIDES ET CONSEILS D'AMÉNAGEMENT (page 14)
- ❖ **TOILETTES** : AIDES AUX TOILETTES (page 15)
- ❖ **MOBILITÉ**
 - ARBRE DÉCISIONNEL : AIDES À LA MOBILITÉ (page 16)
 - CANNES DE MARCHÉ (page 17)
 - DÉAMBULATEURS (page 18)
 - FAUTEUIL ROULANT À PROPULSION MANUELLE : FAUTEUIL ROULANT PLIANT (page 19 et 20)
 - FAUTEUIL ROULANT À PROPULSION ÉLECTRIQUE (page 21)
 - SCOOTER ÉLECTRIQUE MODULAIRE (page 22)
- ❖ **TRANSFERT**
 - ARBRE DÉCISIONNEL : AIDES AU TRANSFERT (page 23)
 - FAUTEUIL DE TRANSFERT (page 24)
 - GUIDON DE TRANSFERT (page 24)
 - VERTICALISATEUR (page 25)
 - SOULÈVE-MALADE (page 26)
 - AUTRES AIDES AU TRANSFERT (page 27)
- ❖ **INCONTINENCE**
 - LES PROTECTIONS (page 28)
 - SYSTEMES DE RECUEIL D'URINE (page 29)
 - AUTRES AIDES À L'INCONTINENCE (page 30)
- ❖ **AIDES FINANCIÈRES** (pages 31 et 32)

LITS MÉDICAUX

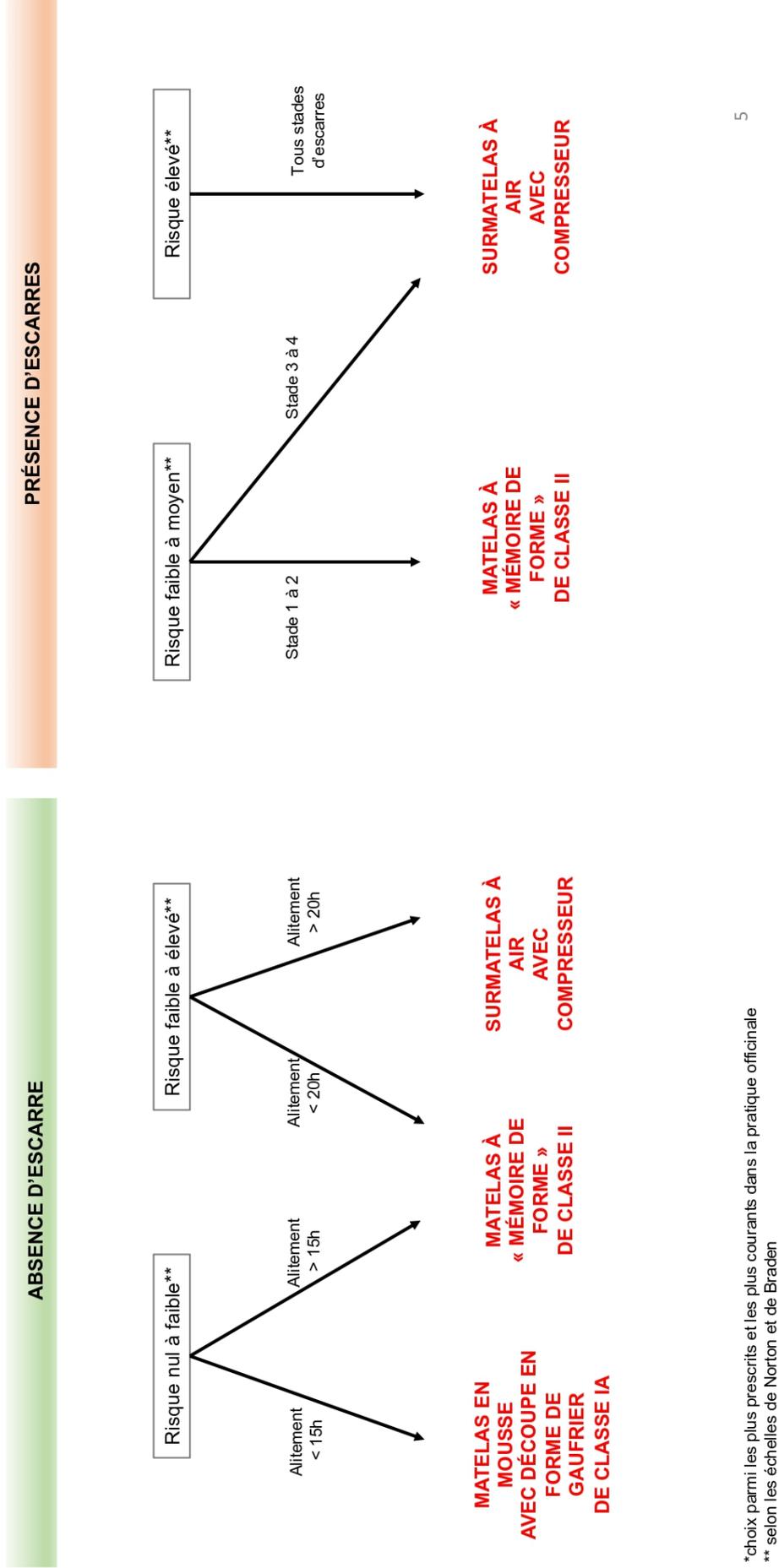


LITS MÉDICAUX

Lits	LIT STANDARD	LIT « ALZHEIMER »	LIT POUR PATIENTS > 135 KG	LITS SPÉCIFIQUES
Location / Achat	LOCATION HEBDOMADAIRE			
LPP et tarif LPP	LPP : 1241763 Tarif LPP : 12,60€	LPP : 1249523 Tarif LPP : 24 €	LPP : 1249523 Tarif LPP : 24 €	ACHAT
Forfait de livraison du lit et des accessoires*	LPP : 1274047 Tarif LPP : 230 €	Le poids doit être mentionné sur l'ordonnance		Renouvellement possible tous les 5 ans
			Du lit spécifique et accessoires LPP : 1202473 Tarif LPP : 96,04 €	Du lit double et accessoires LPP : 1296327 Tarif LPP : 96 €

* Forfait de livraison : livraison, mise en service, reprise du lit et de ses accessoires à domicile pour les lits à la location, maintenance annuelle préventive. Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé.

CHOIX DU MATELAS*



*choix parmi les plus prescrits et les plus courants dans la pratique officinale
 ** selon les échelles de Norton et de Braden

**MATELAS EN MOUSSE
AVEC DÉCOUPE EN FORME DE GAUFRIER
DE CLASSE IA**

En première intention s'il n'y a pas d'escarre.
Support statique : le patient en bougeant modifie les points d'appui.

ACHAT
Renouvellement possible
tous les ans



**MATELAS À « MÉMOIRE DE FORME »
DE CLASSE II**

Support statique.
Matelas multi-portance : 3 densités de mousses : tête – corps – pieds
Attention au sens !
Composé de 2 parties :
- mousse classique dessous
- mousse à mémoire de forme au-dessus
Attention au sens !

ACHAT
Renouvellement possible
tous les 3 ans



**SURMATELAS À AIR
AVEC COMPRESSEUR**

Support dynamique : les points d'appui sont modifiés par le gonflement/dégonflement.

Au-dessus : Surmatelas à air composé de cellules pneumatiques reliés au compresseur effectuant des cycles entre 7 et 12 min : gonflement des cellules paires et dégonflement des impaires, et inversement.

LOCATION HEBDOMADAIRE
Tarif LPP de 10,88 € (1217374)

+ FORFAIT DE LIVRAISON*
Tarif LPP de 17,48 € (1227332)

En-dessous : Support mousse de classe IA à l'ACHAT, renouvellement possible tous les ans.



*Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé.

AUTRES DISPOSITIFS

TABLE DE LIT

Table munie de roulettes.
Plateau réglable en hauteur.
Plateau +/- inclinable selon les modèles.



ALÈSE DE LIT

Pour les patients à risque d'incontinence.
Protection du matelas.

Pas de prise en charge sur ces dispositifs médicaux

CONSEIL D'AMÉNAGEMENT DE LA CHAMBRE

- ❖ Ne pas encombrer les lieux de passage pour limiter le risque de chute.
- ❖ Éviter les tapis ou les fixer au sol pour limiter le risque de chute.
- ❖ Prévoir une chaise percée pour simplifier l'accès aux toilettes.
- ❖ Prévoir une veilleuse à portée de main.

ESCARRES

ESCARRES ET ÉCHELLES D'ÉVALUATION*

Ulcère de pression, consécutif à une hypoxie tissulaire provoquée par une pression excessive et prolongée.

STADES D'ESCARRES

Classification du National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)

Stade 1 : Érythème persistant ou qui ne blanchit pas.

Stade 2 : Perte tissulaire partielle du derme : ulcération peu profonde sèche ou humide/brillante, sans fibrine ni ecchymose ; phlyctène fermée ou ouverte.

Stade 3 : Perte complète de tissu cutané.

Stade 4 : Perte tissulaire complète avec exposition osseuse, tendineuse ou musculaire. Nécrose tissulaire.

PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUES

- Immobilité
- Frottement
- Dénutrition
- Déshydratation (état de la peau)

ÉCHELLE DE NORTON

Évalue 5 paramètres :

- Condition physique : état clinique et santé physique.
- État mental : niveau de conscience et orientation.
- Activité : degré de capacité à se déplacer.
- Mobilité : degré de contrôle et de mobilisation des membres.
- Incontinence : degré de capacité à contrôler intestins et vessie.

Score > 14 : risque minimum de développement d'escarre.

Score < 14 : **haut risque de développement d'escarre.**

Les + : simple d'utilisation.

Les - :

- Ne prend pas en compte l'état nutritionnel du patient.
- Reproductibilité interobservateurs mauvaise et variable dans le temps.

ÉCHELLE DE BRADEN

Évalue 6 paramètres :

- Perception sensorielle : capacité à répondre de manière adaptée à l'inconfort et à la pression.
- Activité : degré d'activité physique.
- Mobilité : capacité à changer et à contrôler les positions du corps.
- Nutrition : alimentation habituelle.
- Humidité : degré d'humidité auquel la personne est exposée.
- Friction et Cisaillement : capacité à maintenir une bonne position au lit/au fauteuil.

Score 18-23 : risque nul à faible d'apparition d'escarre.

Score 13-17 : risque faible à moyen d'apparition d'escarre.

Score 8-12 : risque moyen à élevé d'apparition d'escarre.

Score < 8 : **risque élevé d'apparition d'escarre.**

Les + :

- Claire et simple d'utilisation.
- Bonne cohérence interne.
- Reproductibilité interobservateurs.

*les plus utilisés

CHOIX DU FAUTEUIL

Patient autonome, avec capacité de marcher



FAUTEUIL RELEVEUR

Fauteuil confort

Pas de prise en charge sur ce fauteuil

Patient avec incapacité totale ou partielle de marcher



FAUTEUIL À POUSSER

Uniquement à l'ACHAT
Tarif LPP de 403,50 €

Prise en charge sur prescription médicale

Patient avec impossibilité de se maintenir en position assise sans un système de soutien et sans autonomie de déplacement



FAUTEUIL COQUILLE

Uniquement à l'ACHAT
Tarif LPP de 532,54 €

Nécessite une **demande d'entente préalable**.

Renouvellement possible tous les 5 ans.

Prise en charge sur prescription médicale

FAUTEUIL À POUSSER

Titre 4 de la LPP

« VHP, POUS. OU FAUTEUIL, >= 16 ANS, DOSSIER ET/OU SIEGE INCLINABLE »

INDICATIONS : Incapacité totale ou partielle de marcher et impossibilité, temporaire ou définitive, de propulser de soi-même un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou électrique.

CARACTÉRISTIQUES : Dossier inclinable, électrique ou manuel, accoudoirs, quatre roues, +/- proclive.

Uniquement à l'ACHAT
Tarif LPP de 403,50 €

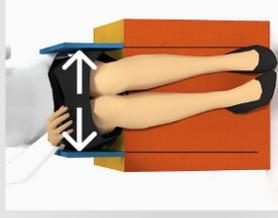
Pas d'entente préalable



Fauteuil Liberty® Inmov's a.

Comment déterminer la largeur d'assise ?

Placer un livre de chaque côté de la personne assise et mesurer l'entre deux livres + rajouter 1cm de chaque côté.



FAUTEUIL COQUILLE

Dans le titre 1 de la LPP

DÉFINITION : Structure enveloppante capitonnée destinée à maintenir une personne en position assise. Réglable en inclinaison (déclive exclusivement de 20° minimum) par un système mécanique assisté.

CARACTÉRISTIQUES :

Système de soutien du corps : dossier, siège, accoudoirs, repose-jambes.
Parties rembourrées (dossier, siège, accoudoirs) déhoussables.
Inclinable (20° minimum en déclive) par un système mécanique assisté exclusivement en déclive (vérin pneumatique, vérin électrique) verrouillable.
Tablette amovible en option.

INDICATIONS : Patients ayant une impossibilité de se maintenir en position assise sans un système de soutien et n'ayant pas d'autonomie de déplacement.



Prise en charge exclue pour les patients ayant conservé une autonomie de déplacement : risque de mésusage et de grabatation.

Uniquement à l'**ACHAT**
Tarif LPP de 532,54 €

Nécessite une demande d'**ENTENTE PRÉALABLE**.
Renouvellement tous les **5 ans**.



Pour les patients ne pouvant plus assurer une station debout prolongée.
Pour prévenir les risques de chute.

TABOURET DE DOUCHE

Les + :
Peu encombrant.
Utilisable dans de petits espaces.
Rangement / Transport facile.
Économique.

Précaution :
Tonus musculaire suffisant pour maintenir la position assise sans basculer.

Tabouret classique

+/- pieds réglables*
+/- assise tournante*



Tabouret incurvée avec poignées

Assise ergonomique



Chaise de douche classique

+/- assise incurvée ergonomique*
+/- avec découpe intime*
+/- roulettes*



Chaise percée de douche **

3 en 1 : douche, toilettes et chambre



SIÈGE DE DOUCHE MURAL

Les + :
Le plus stable.
Rabattable.
Gain de place.

Les - :
Le coût.
Nécessite une fixation au mur.

+/- accoudoirs*
+/- pieds réglables*
+/- assise rembourrée*



*selon le modèle

Prise en charge sur prescription médicale à la hauteur du tarif LPP de 102,62 €

SALLE DE BAIN

AIDES AU BAIN

Pour les difficultés liées à l'entrée et à la sortie de la baignoire.
Pour réduire le risque de chute et de glissement.

PLANCHE DE BAIN



Les + :

S'adapte à tout type de baignoire.
Partie antidérapante centrale.
Poignée pour plus de stabilité.
Support savon et douchette.
Robuste.

Les - :

Pas de maintien dorsal.

Précaution :

Poids maximal supporté.
Bien la fixer sur la baignoire.

SIÈGE DE BAIN PIVOTANT



Les + :

Rotation 360°.
Facilite le transfert.
Maintien dorsal.

Les - :

Moins stable.
Pas de système de fixation.

Précaution :

Poids maximal supporté.

SIÈGE ÉLEVATEUR DE BAIN



Manuel ou électrique.

Se place dans la baignoire.

Les + :

Permet de prendre un bain en sécurité.

Les - :

Tarif élevé.

Pas de prise en charge sur ces dispositifs médicaux

SALLE DE BAIN

AUTRES AIDES

BARRES D'APPUI

Maintenir et rassurer le patient.

Plusieurs modèles :

- À ventouses (nécessite un carrelage lisse)
- À fixer

TAPIS ANTIDÉRAPANTS

Limite le risque de chute.

CONSEILS D'AMÉNAGEMENT

- ❖ Privilégiez une douche à une baignoire.
- ❖ Privilégiez une douche à l'italienne.
- ❖ Adopter des équipements d'aides au bain ou à la douche pour sécuriser le bain ou la douche du patient.
- ❖ Placer des tapis antidérapants pour limiter le risque de chutes.
- ❖ Placer des barres d'appui près de la baignoire ou de la douche.

Pas de prise en charge sur ces dispositifs médicaux

TOILETTES

AIDES AUX TOILETTES

Patient autonome ayant des difficultés pour s'asseoir et se relever



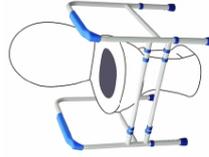
RÉHAUSSE WC

Différentes hauteurs possibles (10cm le plus couramment).
+/- inclinaison vers l'avant*
+/- accoudoirs*



CADRE DE TOILETTES

Se pose autour de la cuvette.



Patient ayant des difficultés à se déplacer



CHAISE PERCÉE

Limite les déplacements.
Simplifie l'accès aux toilettes.

Caractéristiques :

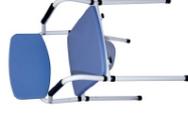
Chaise percée avec accoudoirs et seau amovible.

Abattant pour l'utiliser comme une chaise classique.

+/- roulettes*

+/- repose-pieds*

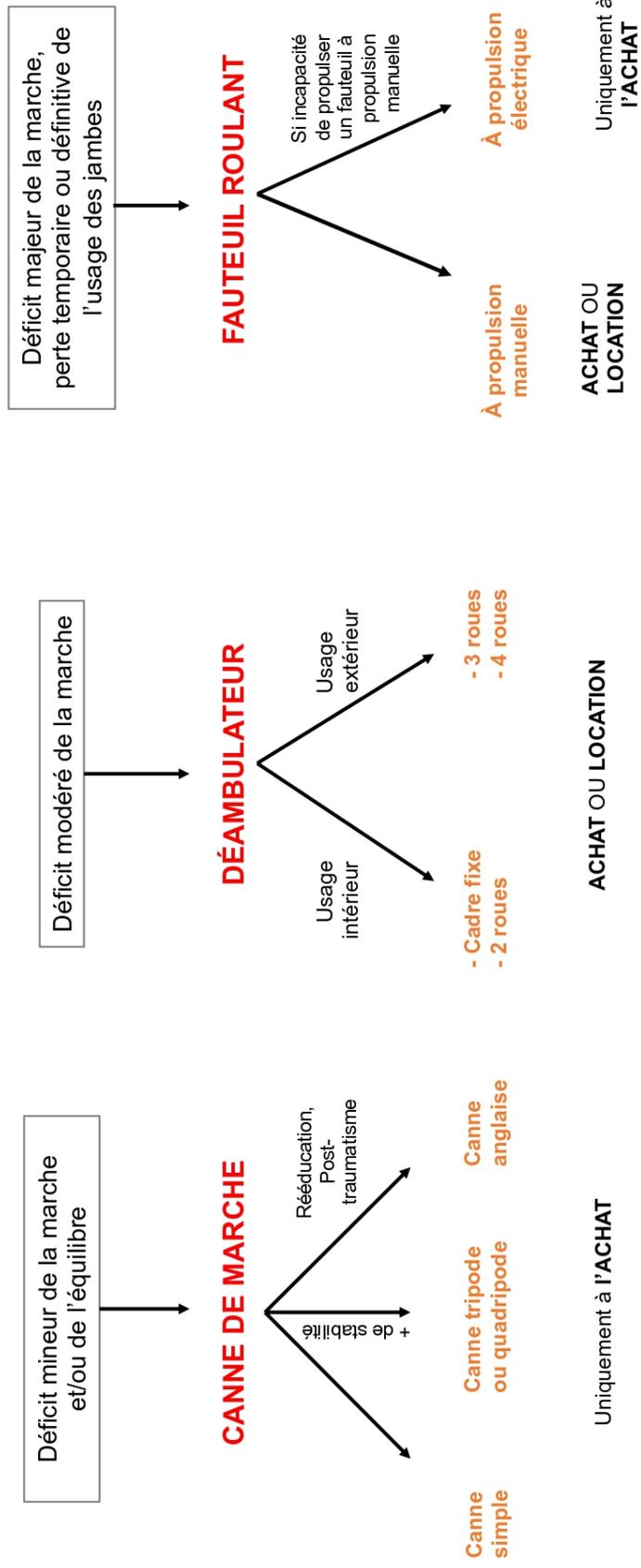
+/- pliable* (facilite le rangement)



Prise en charge sur prescription médicale à la hauteur du tarif LPP de 102,62 €

Pas de prise en charge sur ces dispositifs médicaux

*Selon les modèles



MOBILITÉ

CANNES DE MARCHÉ

Prise en charge sur prescription médicale

Apportent un appui stable et sécurisant lors des déplacements.

CANNE SIMPLE

- La + commune.
- Un seul pied.
- +/- réglable en hauteur*.
- +/- pliable*.
- +/- design pour l'acceptabilité.



ACHAT

Tarif LPP de 12,20 €

CANNE TRIPODE OU QUADRIPODE

- Trois ou quatre pieds : grande stabilité.
- Réglable en hauteur.



ACHAT

Tarif LPP de 12,65 €

CANNE ANGLAISE

- Appui antébrachial.
- Utilisée pour la rééducation.
- Utilisée en paire.
- Réglable en hauteur.



ACHAT

Tarif LPP de 12,20 €

CONSEILS

- ❖ Régler la hauteur (attention au poids maximum supporté).
- ❖ Porter la canne du côté de la jambe la plus fonctionnelle.
- ❖ Changer l'embout dès qu'il est usé.
- ❖ Prêter attention ou enlever les tapis et les choses pouvant encombrer le sol à domicile : risque de chutes.

ACCESSOIRES

- Accroche-canne**
- Dragonne**
- Embase** (appui plus stable)
- Aucune prise en charge*

RÉGLAGE DE LA HAUTEUR

- Bon réglage = appui et soutien optimal.**
- Trop basse : mauvaises postures, mal de dos.
- Trop haute : risque de chutes.
- La poignée doit se situer au niveau de la plicature du poignet du patient (bras le long du corps).

DIFFÉRENTES POIGNÉES

- Poignées les plus courantes et qui apportent un bon appui
- Poignée en T :**
La plus classique et la plus courante.
Très bon appui.
- Poignée Derby :**
Permet de l'accrocher au bras.
Patient ayant besoin d'un maintien léger à moyen.
- Poignée anatomique :** confort +++.
Pas ambidextre.

*Selon les modèles

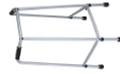
DÉAMBULATEURS

Maintien de l'autonomie de déplacement, prévient les risques de chute.
Tous réglables en hauteur.

Usage intérieur

DÉAMBULATEUR FIXE = CADRE DE MARCHÉ

4 pieds fixes (pas de roues).
Très léger.
Nécessite de le soulever pour avancer.
Très sécurisant.
Le plus stable.
+/- pliable, articulé*.



DÉAMBULATEUR 2 ROUES

2 pieds fixes + 2 roues.
Pas de frein.
Pliable.
+/- assise*.



DÉAMBULATEUR 3 ROUES

Uniquement un soutien, pas un appui.
Très maniable.
Le moins stable.
Freins.
+/- pliable, panier*.



DÉAMBULATEUR 4 ROUES

Stable et mobile.
Freins.
+/- panier, assise, dossier, sac, pliable.



Usage extérieur

Plus les roues sont grandes, plus elles sont adéquates pour l'extérieur.

PRISE EN CHARGE

ACHAT : tarif LPP de 53,81 € pour TOUS.

LOCATION hebdomadaire :

- < 26 semaines : 2,21 € (code LPP : 1225646)
- > 26 semaines : 1,34 € (code LPP : 1260418)

FORFAIT DE LIVRAISON** : 12,96 €
(Code LPP : 1290968)

CONSEILS

- ❖ Régler la hauteur des poignées (idem cannes).
- ❖ Attention au poids maximum supporté par le déambulateur.
- ❖ Attention à la largeur des portes au domicile du patient.
- ❖ Enlever les tapis et les obstacles au domicile.
- ❖ Attention au poids du déambulateur : le patient doit pouvoir le soulever.
- ❖ Choix du déambulateur en fonction de son usage.
- ❖ Changer les embouts dès qu'ils sont usés.

*Selon les modèles.

**Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé.

FAUTEUIL ROULANT À PROPULSION MANUELLE

FAUTEUIL ROULANT PLIANT

INDICATION : Perte temporaire ou définitive de l'usage des jambes, bonne motricité et force dans les bras pour se propulser soi-même, ou propulsion podale.

LES + : Pliable = Peu encombrant. Facile à transporter et à ranger.

PRISE EN CHARGE

❖ LOCATION hebdomadaire

- < ou = 52 semaines :**
- 1 accessoire (1298680) : 16,45 €*
 - 2 accessoires (1204800) : 21,30 €*
 - 3 accessoires (1210917) : 25,51 €*
 - 2 accessoires (1204800) : 13,07 €*
 - 3 accessoires (1240976) : 15,60 €*
- > 52 semaines :**
- 1 accessoire (1255682) : 10,12 €*
 - 2 accessoires (1204800) : 13,07 €*
 - 3 accessoires (1240976) : 15,60 €*

❖ ACHAT

- **À dossier inclinable** : tarif LPP de 603,65 €
- **À dossier non inclinable** : tarif LPP de 558,99 €
- **À dossier non inclinable à articulation médiane**** : tarif LPP de 603,65 €

❖ FORFAIT DE LIVRAISON *** (1292105) : 17,68 €*

1 accessoire = 2 repose-pieds
Ajout d'un accessoire en plus : 2 accessoires
Ajout de 2 accessoires ou plus : 3 accessoires

Accessoires pris en charge : repose-jambe, appui-tête, gouttière, cale-tronc.

* Tarif LPP

** Prise en charge assurée pour les personnes se déplaçant régulièrement en voiture, en tant que passager ou non, ou recherchant une mobilité ponctuelle supérieure au niveau des épaules.

*** Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé.

MOBILITÉ

FAUTEUIL ROULANT À PROPULSION MANUELLE

ACCESSOIRES POUVANT ÊTRE PRIS EN CHARGE À LA LOCATION

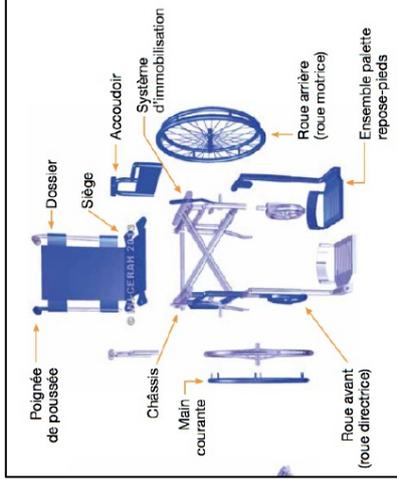
Repose-pieds : Escamotables ou fixes.

Repose-jambe : Maintien du pied et de la jambe, réglable et inclinable. Se met à la place d'un repose-pied.

Appui-tête : Soulage la nuque de la personne en position inclinée de façon prolongée.

Coussin gouttière ou gouttière : À placer sur l'accoudoir (mise en position de repos de l'avant-bras).

Cale-tronc : Limite le risque de chute ou de glissement sur les côtés.



AUTRES ACCESSOIRES

Coussin de siège : Confort lors d'une utilisation prolongée.

Roulette anti-bascule : Évite le risque de chute arrière lors d'un franchissement d'obstacle.

Tube basculeur : Aide au basculement du fauteuil par l'accompagnant.

❖ LARGEUR D'ASSISE

Déterminer la largeur : Placer un livre de chaque côté de la personne assise et mesurer l'entre deux livres + rajouter 1cm de chaque côté (voir image page 10).

- Si largeur trop importante : difficultés de propulsion autonome, risque de mauvais positionnement.
- Si largeur trop étroite : risque d'escarre.

❖ HAUTEUR SIÈGE - REPOSE-PIEDS

On doit pouvoir passer la main entre la toile de siège et la cuisse.

Le talon doit reposer sur les palettes, et la cheville doit se positionner à 90° par rapport à la jambe.

- Si le repose-pied est trop haut : risque d'escarre.
- Si le repose-pied est trop bas : compression des cuisses et glissement vers l'avant.

Prendre en compte la hauteur du coussin s'il y en a un.

❖ HAUTEUR DU DOSSIER

- Pour avoir les épaules libres et mobiles, et pour une meilleure propulsion autonome : dossier sous la pointe de l'omoplate.

- Si besoin d'un maintien important du tronc ou si le dossier doit être inclinable : dossier plus haut.

Prendre en compte la hauteur du coussin s'il y en a un.

FAUTEUIL ROULANT À PROPULSION ÉLECTRIQUE

INDICATION

Impossibilité de propulser un fauteuil roulant à propulsion manuelle, en raison d'une déficience ou d'une situation environnementale. Nécessite les capacités cognitives permettant d'assurer la maîtrise du fauteuil et un fonctionnement suffisant des membres supérieurs.

Uniquement à l'**ACHAT**. Renouvellement possible tous les 5 ans.

PRISE EN CHARGE : soumise à une DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE

1. **Évaluation des besoins par une équipe pluridisciplinaire** (au minimum un médecin compétent en MPR, + ergothérapeute ou kiné).

2. **Préconisations** rédigées par l'équipe pluridisciplinaire et formalisées sous forme de fiche. La fiche est transmise ensuite au distributeur.

3. **Phase d'essai de 7j**

4. **Prescription définitive** lors d'une consultation post évaluation avec l'équipe pluridisciplinaire : vérification de l'adéquation entre le fauteuil délivré et les besoins du patient. (Si inadéquation : nouvelle préconisation médicale réalisée).

Le **certificat** autorisant la conduite est une condition à la prise en charge, il est réalisé après un essai pratique en présence de l'équipe pluridisciplinaire et il :

- Atteste l'adéquation du fauteuil au handicap de la personne.
- Atteste le besoin du fauteuil pour réaliser le projet de vie personnalisé à l'extérieur, et que l'environnement de vie sociale de la personne lui impose des déplacements mixtes en intérieur et en extérieur, en milieu urbain.
- Précise que les capacités cognitives de la personne lui permettent d'en assurer la maîtrise.

Prescripteurs autorisés :

- Un médecin spécialiste compétent en médecine physique et en réadaptation (MPR).
- Un médecin titulaire d'un DU Appareillage (des personnes handicapées, des handicapés moteurs...).
- Un ergothérapeute exerçant au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

SCOOTERS ÉLECTRIQUE MODULAIRE

INDICATION : Personnes ayant une **limitation sévère et durable de l'activité de marche**, dans l'impossibilité d'atteindre leurs objectifs de participation sociale en utilisant un fauteuil roulant à propulsion manuelle du fait de leur incapacité à propulser elles-mêmes un fauteuil roulant à propulsion manuelle en extérieur soit en raison de leur déficience soit en raison de leur situation environnementale.

OBJECTIF DE LA PRISE EN CHARGE : Favoriser la participation sociale de la personne en situation de handicap, cet aspect devant être exprimé dans le projet de vie de la personne.

Trois catégories : **Classe A+** = usage intérieur, **Classe B** = usage mixte, **Classe C** = usage extérieur

Uniquement à l'**ACHAT**. Renouvellement possible tous les 5 ans.

PRISE EN CHARGE : soumise à une DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE

1. **Évaluation des besoins par une équipe pluridisciplinaire** (au minimum un médecin compétent en MPR, + ergothérapeute ou kiné).

2. **Préconisations** rédigées par l'équipe pluridisciplinaire + formalisées sous forme de fiche. La fiche est transmise ensuite au distributeur.

3. **Phase d'essai de 7j**

4. **Prescription définitive** lors d'une consultation post évaluation avec l'équipe pluridisciplinaire : vérification de l'adéquation entre le scooter délivré et les besoins du patient. (Si inadéquation : nouvelle préconisation médicale réalisée).

Le **certificat** autorisant la conduite est une condition à la prise en charge, il est réalisé après un essai pratique en présence de l'équipe pluridisciplinaire et il :

- Atteste l'adéquation du scooter au handicap de la personne
- Atteste le besoin du scooter pour réaliser le projet de vie personnalisé à l'extérieur, et que l'environnement de vie sociale de la personne lui impose des déplacements mixtes en intérieur et en extérieur, en milieu urbain
- Précise que les capacités cognitives de la personne lui permettent d'en assurer la maîtrise.

Prescripteurs autorisés :

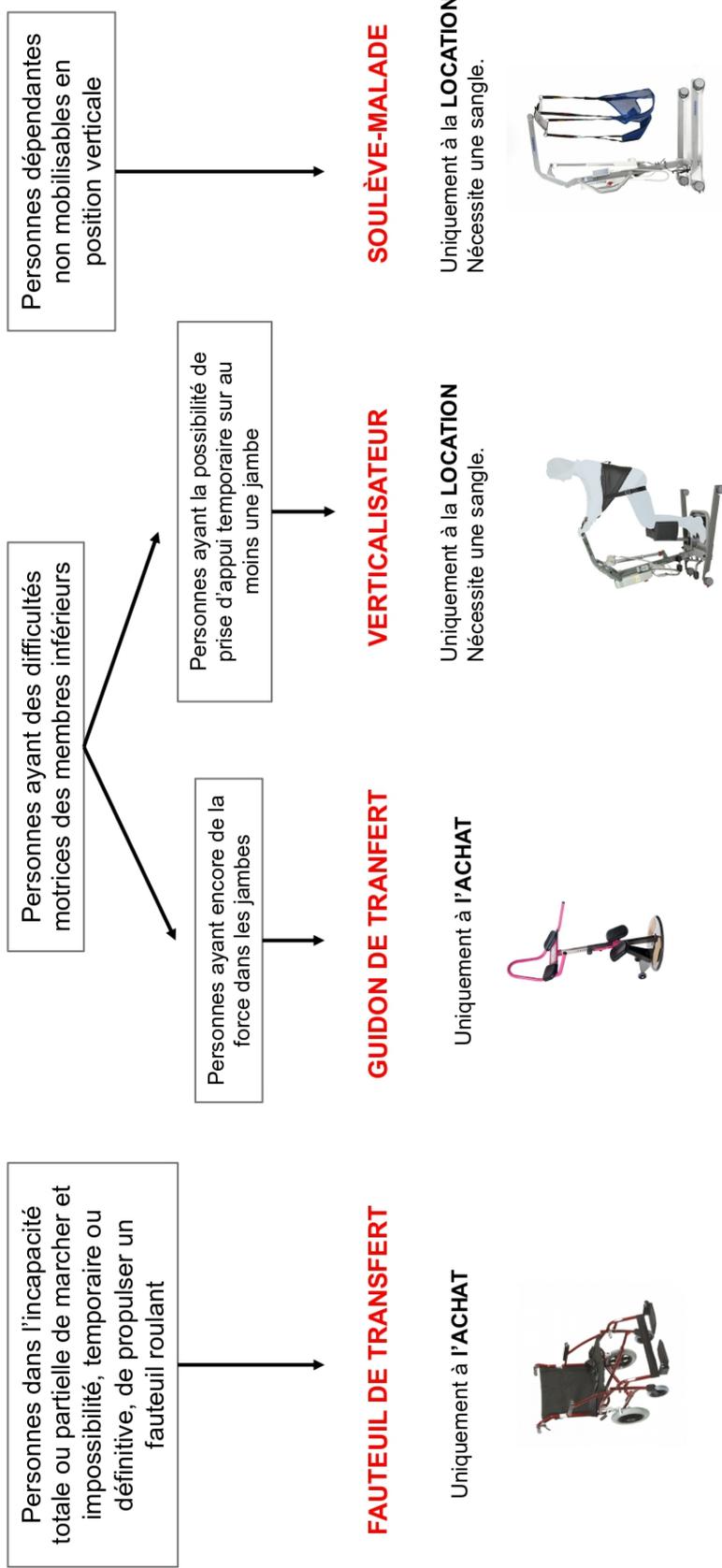
- Un médecin spécialiste compétent en médecine physique et en réadaptation (MPR)
- Un médecin titulaire d'un DU Appareillage (des personnes handicapées, des handicapés moteurs...)
- Un ergothérapeute exerçant au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

*MPR = médecine physique et réadaptation

TRANSFERT

Prise en charge sur prescription médicale

AIDES AU TRANSFERT



➤ Toutes ses aides au transfert nécessitent une **tierce personne**.

FAUTEUIL DE TRANSFERT

Dans la LPP : « VHR, POUSETTE. OU FAUTEUIL NON REGLABLE. DOSSIER OU SIEGE RIGIDE OU NON » au titre 4

Fauteuil muni de quatre petites roues permettant de déplacer un patient.

Destiné aux personnes dans l'incapacité totale ou partielle de marcher et impossibilité, temporaire ou définitive, de propulser un fauteuil roulant à propulsion manuelle ou électrique.

Uniquement à l'ACHAT
Tarif LPP de 356,94 €



GUIDON DE TRANSFERT

Dans la LPP : « APPAREIL MODULAIRE DE VERTICALISATION » au titre 1

Appareil d'aide à la **verticalisation** et au **transfert** des patients ayant des difficultés motrices des membres inférieurs, mais conservant un tonus musculaire suffisant.

Permet de faciliter le passage de la position assise à debout en se tractant avec les mains puis de faire pivoter le patient afin de le transférer du lit au fauteuil et inversement.

Uniquement transfert



Socle, guidon, et deux petites roues pour déplacer le guidon de transfert à vide.

Transfert et déambulation



Socle, guidon et 4 petites roues pour déambuler avec le patient. +/- sangle.

Uniquement à l'ACHAT
Tarif LPP de 363,74 €

Appareil d'aide à la **verticalisation** et au **transfert** des patients ayant des difficultés motrices des membres inférieurs mais qui peuvent prendre appui temporairement sur au moins une jambe.
Facilite le passage de la position assise à debout.

CARACTÉRISTIQUES TECHNIQUES

- Électrique.
- Structure mécanique avec bras de levage, fixé à un châssis équipé de roulettes.
- Sangle.
- Fonctionne avec une batterie :
 - Se branche sur secteur pour être rechargé.
 - **Doit être débranché pour fonctionner.**

UTILISATION

- S'assurer que l'appareil est débranché.
- Le patient pose ses pieds sur le socle, jambes en appui sur le repose-tibia.
- La tierce personne place la sangle dans le dos du patient.
- Fixation de la sangle au verticalisateur.
- Le bras en s'élevant, tracte le patient vers le haut.
- Le patient peut alors être déplacé.

➤ Il existe divers modèles, +/- encombrants.

LOCATION hebdomadaire :

- < ou = 32 semaines : tarif LPP de 17,53 € (1231782)
- > 32 semaines : tarif LPP de 10,82 € (1278654)

FORFAIT DE LIVRAISON* : tarif LPP de 17,68 € (1272195)

ACHAT DE LA SANGLE : tarif LPP de 24,15 €



*Ce forfait ne peut s'ajouter à aucun autre forfait de livraison. La livraison de plusieurs appareils chez le même patient donne lieu à la prise en charge du forfait le plus élevé.

Appareil d'aide au transfert des personnes dépendantes non mobilisables en position verticale.

CARACTÉRISTIQUES TECHNIQUES

- Électrique.
- Structure mécanique avec bras de levage, fixé à un châssis équipé de roulettes.
- Fléau sur lequel se positionne la sangle, mobile grâce au vérin



UTILISATION

- S'assurer que le souleve-malade est débranché.
- Rapprocher le souleve-malade au plus proche du patient (perpendiculairement ou de biais) et glisser ses fourches sous le lit ou de chaque côté du fauteuil.
- Positionner la sangle.
- Descendre le fléau au plus proche du patient et y fixer la sangle.
- Lever le patient avec la télécommande et rester près de lui pour plus de sécurité.
- Déplacer le patient.

LOCATION hebdomadaire :

- < 32 semaines : tarif LPP de 17,53 € (1231782)
- > 32 semaines : tarif LPP de 10,82 € (1278654)

FORFAIT DE LIVRAISON* : tarif LPP de 17,68 € (1272195)

ACHAT DE LA SANGLE : tarif LPP de 24,15 €

LES SANGLES

Sangle en U

Ne passe pas sous les fesses du patient.
 Mise en place et le retrait plus facile.
 Se retire au fauteuil.

Sangle hamac

Enveloppante : maintien de tout le corps.
 Personnes alliés et/ou faible tonus tronc/tête.
 Laissée en place au fauteuil.

Sangle de toilette

Ressemble à la sangle en U.
 Parties intimes dégagées.
 Peut être utilisée pour une utilisation classique.

AUTRES AIDES AU TRANSFERT



DISQUE DE TRANSFERT TOURNANT

Transfert d'une personne en position assise.
Il facilite l'entrée ou la sortie d'une personne en voiture par exemple.



PLANCHE DE TRANSFERT

Pour passer d'un endroit à un autre.
Elle se place de manière à former un "pont" entre l'endroit où se situe le patient et l'endroit auquel il souhaite accéder.
Le poids supporté varie selon le modèle.



COUSSIN D'AIDE À LA LEVÉE

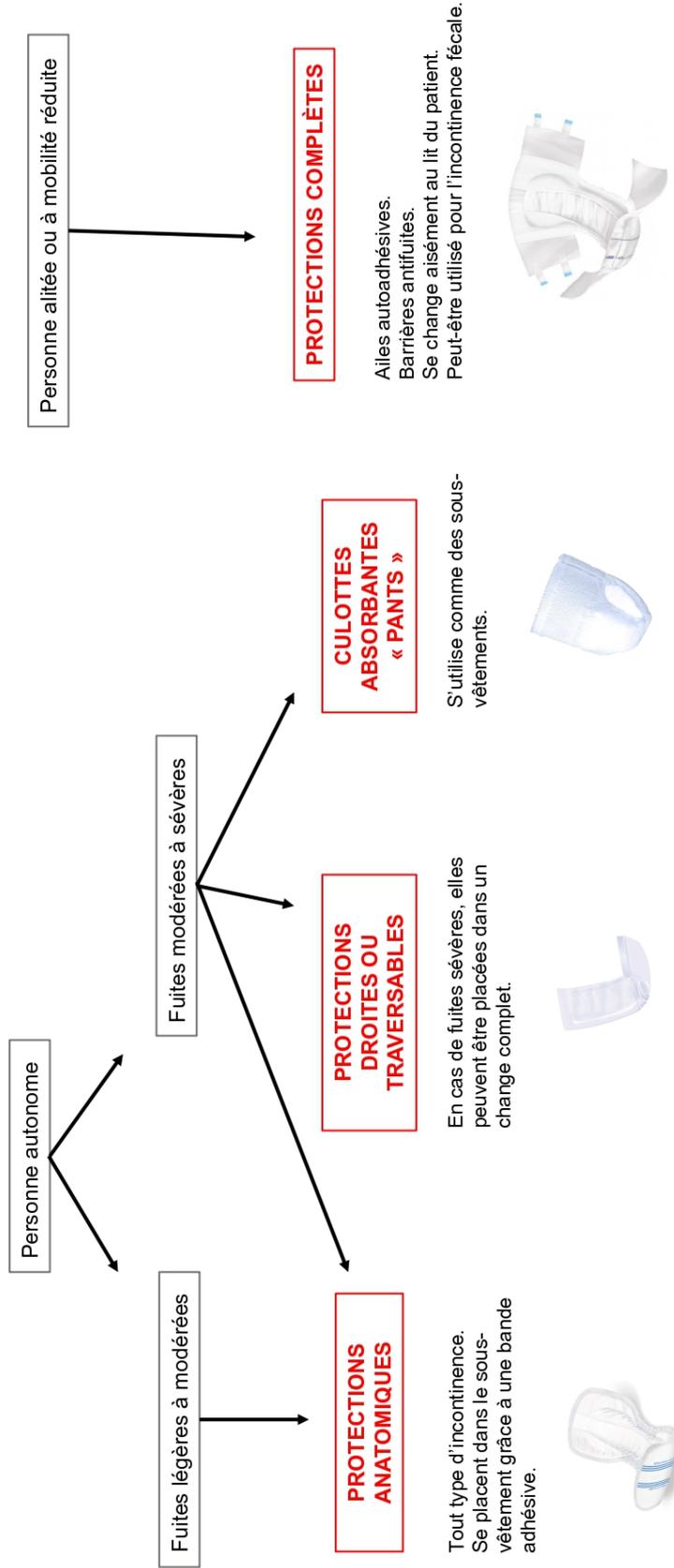
Utilisé pour faciliter l'assise et la levée.
Se règle selon le poids de la personne.

Aucun de ces dispositifs ne bénéficie de prise en charge.

LES PROTECTIONS

Aucun de ces dispositifs ne bénéficie de prise en charge.

Les différents niveaux d'absorption sont représentés par des gouttes sur les paquets.



SYSTÈMES DE RECUEIL D'URINE

ÉTUI PÉNIEN + POCHE DE JAMBE

Pour l'incontinence urinaire masculine.
Fuites modérées à sévères.
Port diurne ou nocturne, de façon ponctuelle ou chronique.
Système composé d'un étui recouvrant le pénis, relié par une tubulure à la poche de recueil. L'évacuation des urines se fait par le robinet de vidange.



SONDES VÉSICALES : En cas de rétention urinaire.

❖ **SONDAGE À DEMEURE** = sondage permanent.

SONDE DE FOLEY : deux canaux à l'extrémité distale → un pour gonfler le ballonnet et un pour le drainage des urines.
Ballonnet = système de fixation de la sonde dans la vessie. Elle est connectée à une poche de recueil vidangeable.



La sonde est posée par un professionnel de santé et laissée en place pendant maximum 6 semaines.

❖ **SONDAGE INTERMITTENT** = sondage ponctuel.
6 sondages par jour en moyenne.

Hétéro-sondage par un professionnel de santé.
Auto-sondage par le patient lui-même.



A utiliser aux toilettes, mais la sonde peut-être connectée à une poche de recueil.

AUTRES AIDES A L'INCONTINENCE

URINAL

Récipient à col incliné, lorsque le patient ne peut sortir du lit.
Il existe des versions pour femmes.



BASSIN DE LIT

Dispositif lorsque le patient ne peut sortir du lit.
Pour l'incontinence urinaire et fécale.
Pour homme ou femme.



ALÈSE DE LIT

Protection du matelas.

Pas de prise en charge sur ces dispositifs.

APA = ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE*

Allocation versée par le conseil départemental :

- **APA à domicile** qui aide à financer les dépenses nécessaires au maintien à domicile malgré la perte d'autonomie.
- **APA en établissement** qui aide à financer une partie du tarif dépendance en EHPAD.

Conditions :

- Avoir 60 ans ou +.
- Résider en France de façon stable et régulière.
- Appartenir au GIR 1, 2, 3 ou 4.

Le montant de l'aide est calculé en fonction des revenus et du GIR. Elle est versée tous les mois, et est exonérée d'impôt.

Où la demander ?

- Sur le site [haute-garonne.fr/aide/allocation-personnalisee-dautonomie-apa](https://www.haute-garonne.fr/aide/allocation-personnalisee-dautonomie-apa)
- Dans les services du Conseil départemental, dans les mairies ou les Centres communaux d'action sociale (CCAS), dans les établissements d'hébergement de personnes âgées (maisons de retraite), ou dans les maisons départementales de proximité.

GRILLE AGGIR

La grille **AGGIR** (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources) mesure le degré de la perte d'autonomie.

Elle mesure les capacités de la personne âgée à accomplir

- 10 activités corporelles et mentales (activités discriminantes), utilisées pour déterminer le groupe iso-ressources (Gir).
- Et 7 activités domestiques et sociales (activités illustratives).

La personne âgée est classée dans un Gir, de 1 à 6.

Seuls les Gir 1 à 4 ouvrent droit à l'APA. Le Gir 1 étant le niveau le plus dépendant.

Le degré de perte d'autonomie est déterminé par des professionnels de santé.

*Non cumulable avec l'aide sociale du département ou l'aide de la caisse de retraite pour l'aide-ménagère à domicile, les aides des caisses de retraite, la MTP (majoration tierce personne), la prestation complémentaire pour recours à tierce personne (PC RTP), la prestation de compensation du handicap (PCH).

PLAN D'ACTION PERSONNALISÉ*

« Demande d'aide pour bien vieillir chez soi » = Solutions personnalisées qui contribueront directement à prolonger l'indépendance et le bien-être de la personne âgée.

Pour les personnes ne pouvant bénéficier de l'APA, le conseil départemental peut verser une aide sociale.

AIDE MÉNAGÈRE À DOMICILE**Conditions :**

- Avoir 65 ans ou + (ou 60 ans pour les personnes reconnues inaptes au travail).
- Avoir des difficultés pour accomplir les principales tâches ménagères.
- Ne pas bénéficier de l'APA et ne pas pouvoir en bénéficier.
- Avoir des ressources mensuelles inférieures à 906,81 € pour une personne seule et inférieures à 1407,82 € pour un couple.

Le montant de l'aide est calculé en fonction des revenus.

Où la demander ?

Auprès du centre communal d'action social (CCAS) ou de la mairie.

La CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail) est un organisme de sécurité sociale régional.

Elle permet, sous conditions, de profiter de plusieurs types de services :

- L'aide à domicile (entretien du logement, courses, aide à la préparation des repas, à la toilette).
- Les prestations occasionnelles (portage des repas, aide aux transports, petits travaux).
- Les travaux d'amélioration de l'habitat : des travaux d'aménagement peuvent être en partie financés pour anticiper la perte d'autonomie.

Conditions :

- Faire partie des retraités du régime général à titre principal.
- Avoir 55 ans ou +.
- Être classé en GIR 5 ou 6, avec un besoin d'aide pour rester autonome.
- Ne pas être hébergé au sein d'une famille d'accueil.
- Ne pas être éligible à l'aide sociale concernant les services d'aide-ménagère.
- Un plafond limite de ressources doit être respecté.

Ces prestations dépendent du montant des revenus, et sont plafonnées à 3000 €.

*Non cumulable avec l'APA, la PCH (Prestation de compensation du handicap), la PSD (Prestation spécifique dépendance), l'ACTP (Allocation compensatrice pour tierce personne), la MTP (Majoration pour tierce personne), l'Allocation veuvage et l'hospitalisation à domicile.

6. CONCLUSION

Le maintien à domicile est d'autant plus d'actualité avec le vieillissement de la population. De nombreux acteurs ont un rôle à jouer dans la prise en charge des patients en perte d'autonomie. En amont, des programmes se sont développés en accord avec l'objectif du vieillissement en bonne santé. On retrouve notamment le programme ICOPE sur Toulouse, qui a pour objectif de détecter le plus tôt possible une altération des capacités de la personne âgée afin d'en assurer une prise en charge précoce.

Depuis l'avènement de la loi HPST en 2009, proposer des conseils et des prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des patients est l'une des missions du pharmacien d'officine. Il fait partie des acteurs du maintien à domicile et est essentiel dans le parcours de santé du patient de par sa proximité, sa disponibilité, son écoute des besoins, et sa capacité à se déplacer au domicile.

Le patient doit également être un acteur de son maintien à domicile pour que cela se déroule le mieux possible. Le pharmacien est là pour le conseiller sur le choix des dispositifs médicaux les plus adaptés. L'entourage et les aidants du patient ne doivent pas être négligés car le risque d'épuisement est important et met en péril le maintien à domicile. Le pharmacien est à même de conseiller sur les aides disponibles pour les soulager.

Le maintien à domicile des personnes âgées fait partie des enjeux majeurs en termes de santé publique. Il est dépendant de nombreux acteurs dont la présence est indispensable, il est absolument nécessaire d'organiser de façon pérenne des actions coordonnées entre chaque professionnel. La coordination et la communication interprofessionnelles sont donc la clé d'un maintien à domicile réussi.

LISTE DES ANNEXES :

ANNEXE N°2 : Grille AGGIR.

ANNEXE N°3 : Grille ADL (Activities of Daily living) ou Indice de Katz.

ANNEXE N°4 : Grille IADL (Instrumental Activities of Daily Living) ou Échelle de Lawton.

ANNEXE N°5 : STEP 1 du programme ICOPE.

ANNEXE N°6 : Formulaire de demande d'APA en Haute-Garonne.

ANNEXE N°7 : Législation des lits médicaux.

ANNEXE N°8 : Échelle d'évaluation des facteurs de risque d'escarres selon Braden.

ANNEXE N°9 : Guide des tailles et indications des sangles de lève-personne (Nausicaa-médical).

ANNEXE N°10 : Mini Nutritional Assessment (MNA).

ANNEXE n°1 : Grille AGGIR.

Nom et prénom
 MI Sec.Soc.
 Adresse
 Né(e) le
 Âge

Fiche récapitulative AGGIR

Activités réalisées par la personne seule		Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON)				S = Spontanément H = Habituellement T = Totalemnt C = Correctement		Code final
		S	T	C	H	Code		
1. Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>
	comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Orientation	dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Toilette	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Habillage	haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>
	moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>
	manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Élimination	urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>
	fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. Transferts		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>
8. Déplacements à l'intérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>
9. Déplacements à l'extérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>
10. Alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>
11. Gestion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>
12. Cuisine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>
13. Ménage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>
14. Transports		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>
15. Achats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>
16. Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>
17. Activités du temps libre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/>

Codage intermédiaire

Pour chaque item **cochez** les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse **NON**).

Puis **codez** secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H.

- Si **aucun** adverbe n'est coché codez **A**. (fait spontanément, totalement, correctement et habituellement)
- Si **tous** les adverbes sont cochés codez **C** (ne fait pas)
- Si **une partie** des adverbes seulement est cochée codez **B**.

Code final si sous-variables

- **Cohérence** :
 - AA = **A** ;
 - CC, CB, BC, CA, AC = **C** ;
 - AB, BA, BB = **B**
- **Orientation** :
 - AA = **A** ;
 - CC, CB, BC, CA, AC = **C** ;
 - AB, BA, BB = **B**
- **Toilette** :
 - AA = **A** ;
 - CC = **C** ;
 - Autres = **B**
- **Habillage** :
 - AAA = **A** ;
 - CCC = **C** ;
 - Autres = **B**.
- **Alimentation** :
 - AA = **A** ;
 - CC, BC, CB = **C** ;
 - Autres = **B**
- **Élimination** :
 - AA = **A** ;
 - CC, BC, CB, AC, CA = **C** ;
 - Autres = **B**

Groupe iso-ressources

Défini par le système informatique

ANNEXE n°2 : Grille ADL (Activities of Daily living) ou Indice de Katz.

1. Hygiène corporelle	
Indépendance	1
Aide partielle	0,5
Dépendance	0
2. Habillage	
Indépendance pour le choix des vêtements et l'habillage	1
Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage, mais a besoin d'aide pour se chausser	0,5
Dépendant	0
3. Aller aux toilettes	
Indépendance pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1
Besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller aux toilettes	0,5
Ne peut aller aux toilettes seul	0
4. Transfert	
Indépendance	1
A besoin d'aide	0,5
Grabataire	0
5. Continence	
Continent	1
Incontinence urinaire ou fécale occasionnelle	0,5
Incontinence urinaire ou fécale	0
6. Repas	
Mange seul	1
Aide pour couper la viande ou peler les fruits	0,5
Dépendant	0
Total des points	
Meilleur score = 6. Score < 3 = dépendance majeure ; score = 0 : dépendance totale pour toutes ces activités. <i>Source : Katz S, et al. Progress in the development of the index of ADL. Gerontologist. 1970; 10 : 20-30.</i>	

ANNEXE N° 3 : Grille IADL (Instrumental Activities of Daily Living) ou Échelle de Lawton.



IADL: INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (Echelle de LAWTON)

Evaluation du niveau de dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne

1. Aptitude à utiliser le téléphone

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Se sert normalement du téléphone	1	
2. Compose quelques numéros très connus	1	
3. Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1	
4. N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0	
5. Incapable d'utiliser le téléphone	0	

2. Courses

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Fait les courses	1	
2. Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats)	0	
3. Doit être accompagné pour faire ses courses	0	
4. Complètement incapable de faire ses courses	0	

3. Préparation des aliments

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais préparé de repas		
1. Prévoit, prépare et sert normalement les repas	1	
2. Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	0	
3. Réchauffe ou sert des repas qui sont préparés, ou prépare de façon inadéquate les repas	0	
4. Il est nécessaire de lui préparer les repas et de les lui servir	0	

4. Entretien ménager

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais eu d'activités ménagères		
1. Entretien sa maison seul ou avec une aide occasionnelle	1	
2. Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que faire les lits, laver la vaisselle	1	
3. Effectue quelques tâches quotidiennes, mais ne peut maintenir un état de propreté normal	1	
4. A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien ménager	1	
5. Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit	0	

5. Blanchisserie

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais effectué de blanchisserie		
1. Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	1	
2. Lave des petits articles (chaussettes, bas)	1	
3. Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	0	

6. Moyens de transport

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Utilise les moyens de transports de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1	
2. Organise ses déplacements en taxi ou n'utilise aucun moyen de transport public	1	
3. Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un	1	
4. Déplacement limité en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0	

7. Responsabilité à l'égard de son traitement

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
1. Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	1	
2. Est responsable de la prise de ses médicaments si les doses ont été préparées à l'avance	0	
3. Est incapable de prendre seul ses médicaments même si ceux-ci ont été préparés à l'avance	0	

8. Aptitude à manipuler l'argent

<i>Si 0, noter depuis quand</i>		Commentaires
0. Non applicable, n'a jamais manipulé d'argent		
1. Gère ses finances de façon autonome	1	
2. Se débrouille pour les achats quotidiens, mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque et les achats importants	1	
3. Incapable de manipuler l'argent	0	

Total score IADL/ 8
Nombre items non applicables/ 8

ANNEXE N°4 : STEP 1 du programme ICOPE.

Remplissez ou mettez l'étiquette du patient

Nom du patient :

Prénom du patient :

Date de naissance :

Adresse :

Sexe : M F

Nom du médecin traitant :



Nom et prénom de l'évaluateur : Date de l'évaluation : / /

Fiche d'évaluation Step1 ICOPE

COGNITION (1)

Demander au sujet :

1. Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation (comme ne pas savoir où l'on est ou quel jour on est?)
 1 Oui 0 Non DM¹
2. Avez-vous constaté une aggravation de ces problèmes au cours des 4 derniers mois ou depuis la dernière évaluation?
 Oui Non DM¹

Test de 3 mots :

Dire au sujet : « Je vais vous dire trois mots ; je voudrais que vous les répétez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure. » DRAPEAU, FLEUR, PORTE (liste 1) ; FAUTEUIL, TULIPE, CANARD (liste 2) ou CITRON, CLE, BALLON (liste 3)

Puis dire au sujet : « Répétez les 3 mots. »

Orientation :

Dire au sujet : « Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? »

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, poser les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :
« En quelle année sommes-nous ? En quel mois ? Quel jour du mois ? Quel jour de la semaine ? »

Indiquer si les items de réponse ci-dessous sont corrects ou incorrects:

- | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Réponse « année » : | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |
| <input type="radio"/> Réponse « mois » : | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |
| <input type="radio"/> Réponse « jour du mois » : | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |
| <input type="radio"/> Réponse « jour de la semaine » : | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |

Score orientation : |__|/4 DM¹

NUTRITION

Demander au sujet :

1. Son poids : |__|__|, |__| kg
2. Avez-vous perdu involontairement plus de 3kg au cours de 3 derniers mois ? 1 Oui 0 Non
3. Avez-vous perdu de l'appétit récemment ? 1 Oui 0 Non

Optionnel

Comment qualifiez-vous votre appétit au cours du dernier mois ? Indiquer/pointer sur l'échelle la valeur qui vous correspond le mieux (entre 0 et 100) : |__|__|

COGNITION (2)

Rappel de 3 mots :

Dire au sujet : « Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ? »

- | | | |
|------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Premier mot | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |
| 2. Deuxième mot | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |
| 3. Troisième mot | <input type="checkbox"/> 1 Correct | <input type="checkbox"/> 0 Incorrect |

Nombre de mots rappelés : |__|/3

VISION

Demander au sujet : Avez-vous des problèmes aux yeux (avec vos lunettes si vous en avez): des difficultés pour voir de loin, pour lire, des pathologies oculaires ou suivez-vous actuellement un traitement (diabète, hypertension)?

- 1 Oui 0 Non DM¹

Si la réponse = 1 (Oui) → Alerte → Step2

- Avez-vous l'impression que votre vue a baissé au cours des quatre derniers mois ou depuis votre dernière évaluation ?

- 1 Oui 0 Non DM¹

- Comment considérez-vous la qualité de votre vue (avec vos lunettes si vous en avez) au cours du dernier mois ? Indiquer/pointer sur l'échelle la valeur qui vous correspond le mieux (entre 0 et 100) : |__|_|_|

AUDITION

Test du chuchotement: Se mettre derrière le sujet (à distance d'un bras ou à environ 0,6 m) pour qu'il ne puisse pas lire sur les lèvres. Demander-lui de placer un doigt sur le tragus de l'oreille gauche pour obscurcir le son. Chuchoter un mot avec 2 syllabes distinctes vers l'oreille droite du sujet. Demander au sujet : « Pouvez-vous répéter le mot chuchoté ? »

Réaliser le test une deuxième fois pour l'oreille gauche en demandant au sujet de placer un doigt sur le tragus de l'oreille droite.

La personne a-t-elle pu répéter tous les mots :

- | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Pour l'oreille droite: | <input type="checkbox"/> 0 Oui | <input type="checkbox"/> 1 Non | <input type="checkbox"/> DM ¹ |
| <input type="radio"/> Pour l'oreille gauche: | <input type="checkbox"/> 0 Oui | <input type="checkbox"/> 1 Non | <input type="checkbox"/> DM ¹ |

CONSULTATION TELEPHONIQUE

- Avez-vous l'impression que votre audition a baissé au cours des quatre derniers mois ou depuis votre dernière évaluation ?

- 1 Oui 0 Non DM¹

- Est-ce que votre entourage se plaint que votre audition a baissé dernièrement ? 1 Oui 0 Non DM¹

- Comment considérez-vous la qualité de votre audition (avec vos appareils auditifs, si besoin) au cours du dernier mois ? Indiquer/pointer sur l'échelle la valeur qui vous correspond le mieux (entre 0 et 100) : |__|_|_|

PSYCHOLOGIE

Demander au sujet :

Au cours des deux dernières semaines :

- | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--|
| 1. Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir? | <input type="checkbox"/> 1 Oui | <input type="checkbox"/> 0 Non | <input type="checkbox"/> DM ¹ |
| 2. Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses? | <input type="checkbox"/> 1 Oui | <input type="checkbox"/> 0 Non | <input type="checkbox"/> DM ¹ |

Optionnel

A quel point vous êtes-vous senti triste ou heureux au cours du dernier mois ? Indiquer/pointer sur l'échelle la valeur qui vous correspond le mieux (entre 0 et 100) : |__|_|_|

LOCOMOTION

Test de lever de chaise

Demander au sujet de se lever d'une chaise 5 fois de suite, le plus vite possible, les bras croisés sur la poitrine.

- Temps réalisé: |__|__|, |__|__| secondes

- Le sujet a-t-il réalisé les 5 levers de chaise? 0 Oui 1 Non

o Si OUI, a-t-il fait le test en moins de 14 secondes? 0 Oui 1 Non

Si la somme des 2 réponses ≥ 1 → 🚨 Alerte → Step2

o Si NON, combien de levers de chaise le patient a-t-il réalisé ? 0 1 2 3 4

• Si 0, le patient est-il capable de se lever d'une chaise en s'aidant des bras mais sans l'aide d'autrui ?

CONSULTATION TELEPHONIQUE

- Arrivez-vous à vous lever d'une chaise sans vous aider des mains ou des bras, plusieurs fois et sans difficulté ?
 Oui Non **Si oui, test réussi.**

- Arrivez-vous mais avec difficultés à vous lever d'une chaise sans vous aider des mains ou des bras ?
 Oui Non

- Avez-vous besoin de vous aider des mains ou des bras pour vous lever d'une chaise ? Oui Non

- Avez-vous besoin de l'aide d'une personne pour vous lever d'une chaise ? Oui Non

Ou

Avez-vous une activité physique ? Oui Non, pourquoi ?

Si oui,
Laquelle ?
à quelle fréquence ?

Suivi des recommandations de la dernière évaluation

Suivi des recommandations de la dernière évaluation ? Oui en partie Non

Commentaires :

.....
.....
.....

ANNEXE N°5 : Formulaire de signalement d'un incident ou risque d'incident.



143/147, bd Anatole France
93285 Saint-Denis Cedex
Fax : 01 55 87 37 02

ENVOI PAR FAX :

Si un accusé de réception ne vous est pas parvenu dans les 10j, prière de confirmer le signalement par ENVOI POSTAL AVEC A.R.



SIGNALEMENT D'UN INCIDENT ou RISQUE D'INCIDENT

Code de la Santé publique : articles L. 5212-2,
R. 5212-14 à 16

Cadre réservé à l'ANSM

Numéro
Attributaire
Sous-commission
Date d'attribution

Date d'envoi du signalement

L'émetteur du signalement		Le dispositif médical impliqué (DM)	
Nom, prénom		Dénomination commune du DM	
Qualité		Dénomination commerciale: modèle/ type/ référence	
Adresse professionnelle		N° de série ou de lot	Version logicielle
code postal / commune		Nom et adresse du fournisseur	
E.mail		code postal / commune	
Téléphone / Fax		Nom et adresse du fabricant	
<input type="checkbox"/> Etablissement de santé : N° FINESS <input type="checkbox"/> Association distribuant DM à domicile ? <input type="checkbox"/> Fabricant / Fournisseur <input type="checkbox"/> Autre		code postal / commune	
L'émetteur du signalement est-il le correspondant matériovigilance ?		<input type="button" value="Oui"/> <input type="button" value="Non"/>	
L'incident ou le risque d'incident			
Date de survenue	Lieu de survenue	Conséquences cliniques constatées	
Si nécessaire : nom, qualité, téléphone, fax de l'utilisateur à contacter			
Circonstances de survenue / Description des faits		Mesures conservatoires et actions entreprises	
<p><i>Le cas échéant joindre une description plus complète sur papier libre. Préciser alors le nombre de pages jointes,</i></p> <input type="text"/> <p>et rappeler le nom de l'émetteur sur chaque page.</p>			
Situation de signalement (de A à N) <input type="text"/> voir nomenclature page 2/2		Le fabricant ou fournisseur est-il informé de l'incident ou risque d'incident ?	
		<input type="button" value="Oui"/> <input type="button" value="Non"/>	

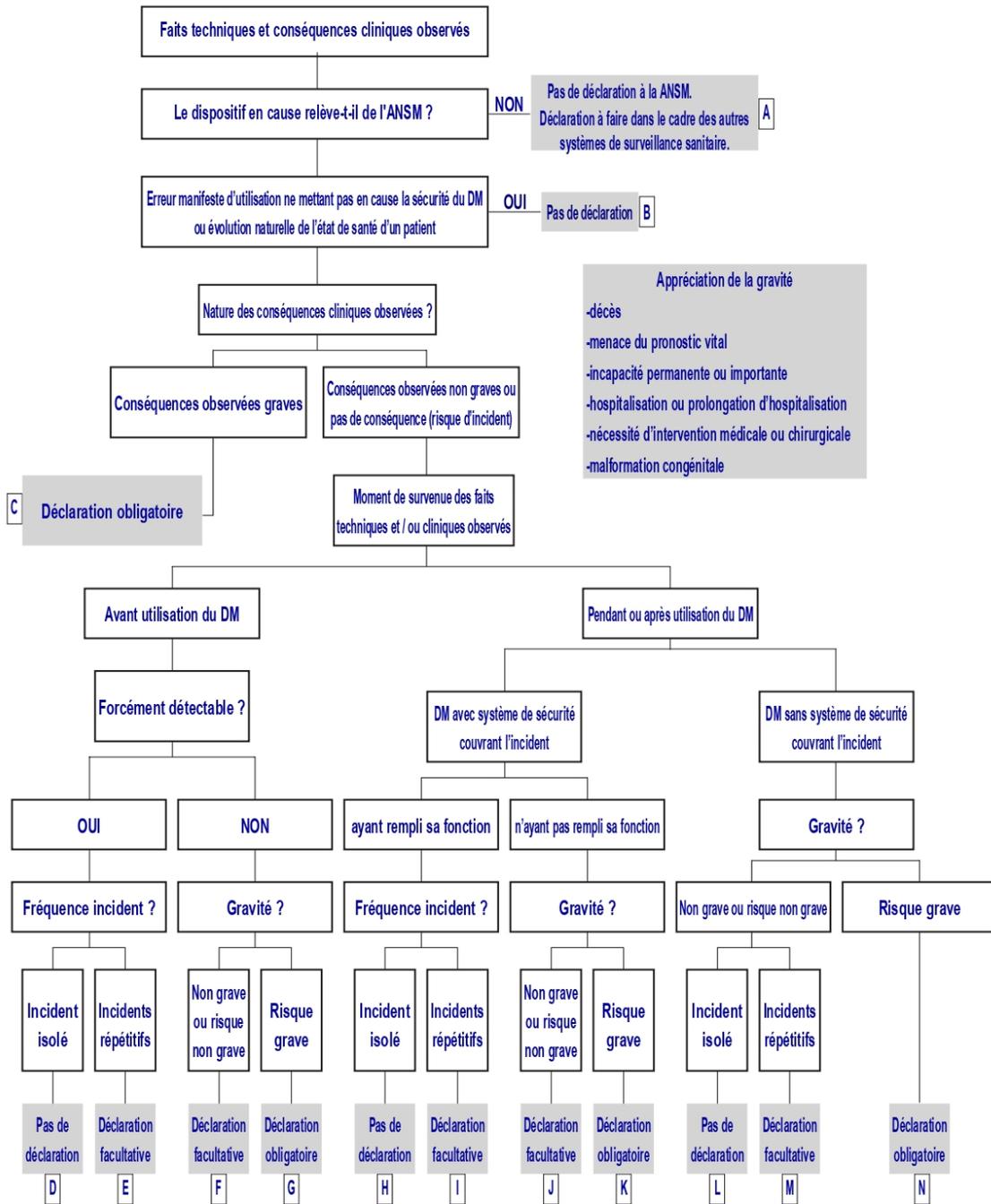
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès de l'organisme destinataire du formulaire (l'ANSM).

Effacer tout

Valider

ANNEXE N°6 : Aide au signalement des incidents.

Aide au signalement des incidents



ANNEXE N°7 : Formulaire de demande d'APA en Haute-Garonne.



CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA HAUTE-GARONNE

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° DOSSIER

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

Demande d'aide d'une personne âgée de 60 ans et plus pour faire face à la couverture des besoins liés à la conséquence de la perte d'autonomie, pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

A domicile En établissement Accueil chez un particulier agréé

LE DEMANDEUR

NOM (de naissance)

Nom marital

Prénoms

Date et lieu de naissance

N° sécurité sociale

Nationalité Française Autre

Date d'arrivée en France

N° sécurité sociale

Êtes-vous retraité oui non

Si oui, régime de retraite principal

CONJOINT - CONCUBIN - PACS

NOM (de naissance)

Nom marital

Prénoms

Date et lieu de naissance

N° sécurité sociale

Est-il en activité oui non

Est-il retraité oui non

Si oui, régime de retraite principal

SITUATION DE FAMILLE

marié(e) divorcé(e) veuf(ve)

concubin(e) célibataire pacte civil de solidarité

ADRESSE ACTUELLE DU DEMANDEUR

Précisez s'il s'agit :

du domicile en location comme propriétaire

d'un établissement d'hébergement, date d'entrée :

d'un accueil au domicile d'un particulier agréé, date de début d'accueil :

d'un hébergement chez M. lien de parenté

Adresse complète (N°, voie, app., ...) :

Téléphone domicile

Adresse courriel

Êtes-vous hospitalisé ? oui non

Si oui, dans quel établissement de santé ? :

Depuis le :

LE CONJOINT - CONCUBIN - PACS

NOM (de naissance)

Nom marital

Prénoms

Date et lieu de naissance

N° sécurité sociale

Nationalité Française Autre

Date d'arrivée en France

N° sécurité sociale

Êtes-vous retraité oui non

Si oui, régime de retraite principal

ADRESSE PRÉCÉDENTE (DATE D'ARRIVÉE ET DATE DE DÉPART)

Adresse de votre ancien domicile (hors établissement médico-social) :

..... Du au

LA DÉCLARATION DOIT S'EFFECTUER EN EUROS

NATURE	RESSOURCES DU FOYER	
	DEMANDEUR	CONJOINT/CONCUBIN PARTENAIRE PACS
Revenus des capitaux placés	CASSE OU ORGANISME	CASSE OU ORGANISME
• Intérêts perçus des livrets d'épargne, LEP, Livret Développement durable...	MONTANT ANNUEL	MONTANT ANNUEL
• Produits des autres placements (gains ou plus-values brutes perçus)		
NB : Fournir une attestation ou un relevé récapitulatif de votre banque		
Produits des contrats d'assurance-vie		
NB : Fournir une attestation ou un relevé récapitulatif de votre banque		

PATRIMOINE DU FOYER

NATURE	PATRIMOINE DU FOYER	
	DEMANDEUR	CONJOINT/CONCUBIN PARTENAIRE PACS
Montants des placements	CASSE OU ORGANISME	CASSE OU ORGANISME
Actions - PEA	MONTANT ANNUEL	MONTANT ANNUEL
Obligations		
SICAV		
Bons du Trésor		
Fonds communs		
Autres placements financiers		
NB : Fournir une attestation ou un relevé récapitulatif de votre banque		
Biens non loués, hors habitation principale	MONTANT ANNUEL	ADRESSE
Bâti : mettre la valeur locative figurant sur la taxe d'habitation		
Non bâti : mettre le montant de la base de la taxe foncière		

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

NOM

Prénom

Téléphone

Adresse courriel

Adresse

FAITES-VOUS L'OBJET D'UNE MESURE DE PROTECTION (joindre copie du jugement)

Sauvegarde de justice tutelle

Habilitation familiale (article 494 du Code civil) Mesure d'accompagnement Judiciaire

Nom et adresse du tuteur ou du service tuteur

Téléphone fixe

Adresse courriel

..... Téléphone mobile

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA HAUTE-GARONNE

DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

PIÈCES À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AU DOSSIER D'UNEMENT COMPLÉTÉ

- 1- La photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la communauté européenne ou un extrait d'acte de naissance,
ou, s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie recto-verso de la carte de résidence ou du titre de séjour,
- 2- La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition sur le revenu,
- 3- Le cas échéant, toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et/ou sur les propriétés non bâties, attestation de la banque pour les placements...),
- 4- Références bancaires IBAN et RIB, au nom du bénéficiaire.

À JOINDRE EN COMPLÉMENT DU DOSSIER

- Si vous faites l'objet d'une mesure de protection (tutelle, curatelle, etc.) : copie du jugement,
- Le certificat médical rempli par le médecin traitant dans l'enveloppe confidentielle ci-jointe,
- Si vous êtes hébergé(e) dans un établissement hors Haute-Garonne, joindre le dernier arrêté de tarification, à solliciter auprès de la direction de l'établissement. Ce document pourra être remis après le dépôt du dossier d'APA.

INFORMATION RELATIVE À LA LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et libertés, qui protège les droits et libertés individuels.

Conformément aux articles 39 et 40 de la loi, les personnes desquelles sont recueillies des informations nominatives sont informées que :
1° les destinataires des informations collectées sont exclusivement des administrations et organismes habilités à connaître des dossiers d'aide à domicile ou en établissement,

2° en tout état de cause, les personnes concernées ont un droit d'accès ou de vérification des informations nominatives stockées ou traitées informatiquement.

Pour l'exercice de ce droit, il convient de vous adresser par lettre ou courriel, en justifiant de votre identité, à Monsieur le Président du Conseil départemental de la Haute-Garonne.

LES PRINCIPES DE LA PRESTATION D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

L'APA pour quoi faire ?

- L'APA à domicile sert à financer des dépenses concourant au maintien à domicile des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie en leur permettant de bénéficier d'aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante (s'habiller, se déplacer, se lever, se coucher, prendre ses repas,....)

Quelles sont mes obligations en tant que bénéficiaire de l'APA ?

- L'APA est une prestation affectée à la couverture des dépenses relevant d'un plan d'aide. Aussi, vous devez fournir tous les justificatifs liés à l'utilisation de l'aide sur demande du Conseil départemental.
- Tout changement ultérieur de situation (hospitalisation, départ en vacances,...) ou modification dans le choix et l'organisation d'intervention, doivent être signalés par écrit au service Instruction Allocation Personnalisée d'Autonomie du Conseil départemental dans les plus brefs délais.
- Vous souhaitez intégrer une structure accueillant des personnes âgées. Vous devez signaler ce changement par écrit à l'administration afin que votre dossier soit mis à jour. L'Allocation personnalisée d'autonomie à domicile est alors arrêtée et remplacée par une Allocation personnalisée d'autonomie en établissement afin de couvrir une partie du tarif lié à la dépendance.

J'estime que mon plan d'aide n'est plus adapté. Que dois-je faire ?

- Tous les deux ans, votre plan d'aide fait l'objet d'une révision automatique par l'administration.
- De la même manière, à tout moment, à votre demande, une révision peut être sollicitée. Une nouvelle visite à domicile est alors effectuée afin d'adapter le plan d'aide à votre situation. Vous devez nous faire parvenir une demande de révision par courrier, courriel ou fax, à laquelle vous joignez une photocopie de votre dernier avis d'imposition sur le revenu (ainsi qu'une copie de votre dernière taxe foncière si vous êtes propriétaire).

Informations complémentaires

- Les tarifs des services d'aide à domicile sont variables. Une partie du coût de l'intervention des services d'aide à domicile dépend de leur tarification. L'Équipe médico-sociale de la Maison des Solidarités du Conseil départemental vous accompagne dans vos démarches de recherche d'un service d'aide à domicile. N'hésitez pas à la solliciter pour plus d'information à ce sujet.

- A noter que l'APA ne peut se cumuler avec l'aide ménagère, l'allocation compensatrice tierce personne, la majoration tierce personne et la prestation complémentaire pour recours à tierce personne versées par un régime de sécurité sociale. Ni avec la Prestation de compensation du handicap (PCH).

À adresser à
Monsieur le Président du Conseil départemental de la Haute-Garonne
DIRECTION POUR L'AUTONOMIE PERSONNES AGÉES PERSONNES HANDICAPÉES
ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE
1, boulevard de la Marquette
31090 TOULOUSE cedex 9

ANNEXE N°8 : Questionnaire d'évaluation des besoins.

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES BESOINS

À réaliser par le pharmacien, en présence du patient et/ou de son aidant, à l'officine ou au domicile du patient.

Date d'évaluation :

LE PATIENT

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Poids :

Taille :

Aide financière :

Le patient vit-il seul : Oui / Non*. Si NON, avec qui :

Entourage présent : Oui / Non*

Aidant principal :

LIEU DE VIE DU PATIENT

- Maison Plein Pied Présence Marches ou Escaliers
 Appartement Étage : Ascenseur Code Accès
 Autre :

LA MOBILITÉ

Le patient est-il en :

- Capacité de marcher Incapacité partielle de marcher Incapacité totale de se déplacer

Ses déplacements s'effectuent :

- En Autonomie Avec l'aide d'une tierce personne Avec l'aide d'un DM
 Intérieur Extérieur

Le patient possède-t-il déjà une aide à la mobilité : Oui / Non*

Si OUI, laquelle :

- Canne de marche
 Déambulateur : Fixe 2 roues 3 roues 4 roues
 Fauteuil roulant
 Autre :

Est-elle suffisante : Oui / Non*

Le CONSEIL de mon Pharmacien :

AUTOUR DE LA CHAMBRE

Le patient possède-t-il déjà un lit médicalisé : Oui / Non*

Si OUI, quel type de lit possède-t-il ? 2 Fonctions 3 Fonctions
 Standard Alzheimer Grande Largeur

Le patient possède-t-il un matelas de prévention des escarres ? Oui/ Non*

Si OUI, quel type de matelas possède-t-il ? Gaufrier Mémoire de forme À air

Le Patient présente-t-il un fort risque de chute : Oui / Non*

Le CONSEIL de mon Pharmacien :

AUTOUR DU SALON

Le patient possède-t-il un fauteuil : Oui / Non*

Si OUI lequel : Fauteuil releveur Fauteuil à pousser Fauteuil coquille Fauteuil Roulant de Confort

Le fauteuil, est-il adapté à son besoin : Oui / Non*

Le CONSEIL de mon Pharmacien :

AUTOUR DE LA SALLE DE BAIN

La salle de bain possède une : Douche Baignoire

Si douche, quelles sont les difficultés rencontrées :

- Enjamber Incapacité à rester debout le temps de la douche Risque de glisse
 Autre :

Si baignoire, quelles sont les difficultés rencontrées :

- Enjamber Tenir debout Se relever Risque de glisse
 Autre :

Le patient possède-t'il ?

- Chaise de Douche Tabouret de Douche Siège de Bain Rabattable
 Barre Appui Marchepied Planche de Bain
 Siège de Bain pivotant Autre :

Le CONSEIL de mon Pharmacien :

AUTOUR DES TOILETTES

Le patient accède-t'il seul aux toilettes : Oui / Non*

Si OUI, a-t'il des difficultés pour : S'asseoir Se relever

Le patient possède-t'il déjà une aide aux toilettes : Oui / Non*

Si OUI, laquelle : Rehausse WC Cadre de toilette Chaise percée Barre de maintien
 Autres :

Le CONSEIL de mon Pharmacien :

Le patient a-t-il des problèmes de perte urinaire : Oui / Non*

Si OUI, sont-ils : Fréquents / Rares*

Possède-t'il déjà des Protections : Oui / Non*

Si OUI :	Type :	Absorption :	Taille :	Marque :
	Type :	Absorption :	Taille :	Marque :
	Type :	Absorption :	Taille :	Marque :

Le CONSEIL de mon Pharmacien :

LES TRANSFERTS

Le patient :

- A des difficultés motrices des membres inférieurs
 Mais possède encore de la force dans les jambes
 A la Possibilité de prise d'appui temporaire sur au moins une jambe
 Est dans l'incapacité de marcher ou non mobilisable en position verticale

Le patient possède-t'il déjà une aide au transfert : Oui / Non*

Si OUI, laquelle : Fauteuil de transfert Guidon de transfert Verticalisateur Soulève-malade

Cette aide est-elle suffisante : Oui / Non*

Le CONSEIL de mon Pharmacien :

ÉVALUATION AU DOMICILE

Le patient a-t'il besoin d'une évaluation à son domicile : Oui / Non*

Si OUI : DATE : HORAIRE :

* Barrer les mentions inutiles

ANNEXE N°9 : Législation des lits médicaux.

Selon l'Arrêté du 12 avril 2017 portant modification des modalités d'inscription des lits médicaux inscrits au titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale :

« 1. Lits médicaux et accessoires standards

Les lits médicaux standards pris en charge au domicile doivent au moins respecter les exigences des normes relatives aux lits médicaux suivantes, avec leurs éventuels derniers amendements :

- NF EN 60601-1 édition 3 ;
- NF EN 60601-2-52 édition 1 ;
- NF EN 60601-1-2 édition 3 ou édition 4 ;
- NF EN 60601-1-11 édition 1.

Est toléré jusqu'au 1er juillet 2021 au plus tard pour les lits standards pris en charge au domicile, le respect des exigences des normes suivantes :

- NF EN 60601-1 édition 2 + amendement 1 + amendement 2 ;
- NF EN 60601-2-38 + amendement 1 ;
- NF EN 60601-1-2 édition 2+ amendement 1.

Les lits doivent disposer d'au moins 2 fonctions non manuelles (hauteur variable et section dossier à inclinaison variable).

Les fonctions proclive et déclive sont impossibles sur les lits médicaux à domicile. Si un lit médical à domicile est équipé d'une de ces fonctions, elle doit être désactivée par un moyen, matériel ou immatériel, non accessible au patient et à son entourage, utilisateur(s) profane(s) ou professionnel(s) (la désactivation est réalisée par un outil non présent dans l'environnement du patient).

La position assise (avec plicature des genoux ou section jambe à inclinaison variable) sans inclinaison du sommier est tolérée et peut être utilisée pour un usage à domicile. Les commandes électriques doivent être conformes aux normes de sécurité en vigueur et accessibles au malade, lui permettant d'adapter la position du lit à ses besoins sans l'aide d'une tierce personne.

Les barrières de lit doivent être fournies si la prescription le précise. Toutes les barrières doivent respecter les exigences de la norme NF EN 60601-2-52 relative aux lits médicaux au plus tard le 1er avril 2018. Elles doivent être compatibles avec les lits médicaux prescrits.

[...]

3. Lits médicaux et accessoires pour patients de plus de 135 kg

Les lits médicaux pour patients de plus de 135 kg pris en charge au domicile doivent au moins respecter les exigences des normes relatives aux lits médicaux suivantes, avec leurs éventuels derniers amendements :

- NF EN 60601-1 édition 3 ;

- NF EN 60601-2-52 édition 1 ;
- NF EN 60601-1-2 édition 3 ou édition 4 ;
- NF EN 60601-1-11 édition 1.

Est toléré jusqu'au 1er juillet 2021 au plus tard pour les lits pour patients de plus de 135 kg pris en charge au domicile, le respect des exigences des normes suivantes :

- NF EN 60601-1 édition 2 + amendement 1 + amendement 2 ;
- NF EN 60601-2-38 + amendement 1 ;
- NF EN 60601-1-2 édition 2+ amendement 1.

Cependant, une dérogation à la norme est exigée :

Dans la partie 201.9.8.3 « Résistance des supports patient ou opérateur ou des systèmes de suspension » de la norme NF EN 60601-2-52, il est demandé une charge limite minimale de 200 kg pour la charge correspondant au patient. Les tests seront réalisés conformément à la norme NF EN 60601-2-52, proportionnellement à la masse minimale indiquée.

Les lits doivent disposer d'au moins 2 fonctions non manuelles (hauteur variable et section dossier à inclinaison variable).

Les fonctions proclive et déclive sont impossibles sur les lits médicaux à domicile. Si un lit médical à domicile est équipé d'une de ces fonctions, elle doit être désactivée par un moyen, matériel ou immatériel, non accessible au patient et à son entourage, utilisateur(s) profane(s) ou professionnel(s) (la désactivation est réalisée par un outil non présent dans l'environnement du patient).

La position assise (avec plicature des genoux ou section jambe à inclinaison variable) sans inclinaison du sommier est tolérée et peut être utilisée pour un usage à domicile. Les lits médicaux à 1 seul sommier et de largeur minimale de 110 cm sont pris en charge.

Les commandes électriques doivent être conformes aux normes de sécurité en vigueur et accessibles au malade, lui permettant d'adapter la position du lit à ses besoins sans l'aide d'une tierce personne.

Les barrières de lit doivent être fournies si la prescription le précise. Toutes les barrières doivent respecter les exigences de la norme NF EN 60601-2-52 relative aux lits médicaux au plus tard le 1er avril 2018. Elles doivent être compatibles avec les lits médicaux prescrits et doivent être testées de façon à garantir la sécurité d'une personne de plus de 135 kg.

[...]

6. Garantie

La **garantie du lit médical doit être au minimum de 5 ans**. Cette garantie doit inclure une **maintenance annuelle préventive** selon les recommandations de l'ANSM. En cas de panne, un lit médical conforme aux exigences décrites ci-dessus et, dans toute la mesure du possible, conforme à la prescription doit être mis à disposition du patient.

»

ANNEXE N°10 : Échelle d'évaluation des facteurs de risque d'escarres selon Braden.

ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE D'ESCARRES SELON BRADEN		SCORES	
PERCEPTION SENSORIELLE Capacité à répondre de manière adaptée à l'inconfort provoqué par la pression	Complètement limitée	Aucune réaction (parole, action) à la douleur, due à une diminution de la conscience ou aux effets de sédatifs. Ou incapacité à sentir la douleur presque sur toute la surface du corps.	1
	Très limitée	Répond seulement à la douleur. Ne peut communiquer l'inconfort excepté par des pleurs ou de l'agitation. Ou attention de surabondance qui limite la capacité à sentir la douleur ou l'inconfort sur la moitié du corps.	2
	Légèrement diminuée	Répond aux commandes verbales, mais ne peut pas toujours communiquer son inconfort ou son besoin d'être tourné. Ou a une sensibilité diminuée qui limite sa capacité à sentir la douleur ou l'inconfort à l'un des deux membres inférieurs ou aux deux.	3
	Aucune atteinte	Répond aux commandes verbales. N'a aucun déficit sensoriel qui limite sa capacité à sentir et à exprimer sa douleur et son inconfort.	4
HUMIDITÉ Degré d'humidité auquel est exposée la peau	Constamment mouillé	La peau est presque constamment en contact avec la transpiration, l'urine, etc. L'humidité de la peau est observée à chaque fois que le patient est tourné ou mobilisé.	1
	humide	La peau est souvent moite par tout ou partie.	2
	Humidité occasionnelle	La litière est souvent humide, une fois par équipe.	3
	Rarement humide	La peau est occasionnellement humide, un changement de la litière est nécessaire environ une fois par jour.	4
ACTIVITÉ Degré d'activité physique	Alité	Confiné au lit.	1
	Confiné au fauteuil	Capacité à marcher très limitée ou nulle. Ne peut supporter son propre poids et/ou doit être aidé au fauteuil ou fauteuil roulant.	2
	Marche occasionnellement	Marche occasionnellement durant la journée mais sur de petites distances avec ou sans aide. Passe la grande majorité du temps au lit ou au fauteuil.	3
	Marche fréquemment	Marche en dehors de sa chambre au moins 2 fois par jour et dans sa chambre au moins une fois toutes les 2 heures durant la journée.	4
MOBILITÉ Capacité à changer et à contrôler la position du corps	Complètement immobile	Ne peut effectuer le moindre changement de position du corps ou de ses extrémités sans aide.	1
	Très limitée	Efficace occasionnellement de légers changements de position du corps et de ses extrémités mais incapable d'effectuer de manière autonome de fréquents et importants changements de position.	2
	Légèrement limitée	Efficace seul de fréquents petits changements de position du corps et de ses extrémités.	3
	Aucune limitation	Efficace des changements de position majeurs et fréquents sans aide.	4
NUTRITION Habitudes alimentaires	Très pauvre	Ne mange jamais un repas complet. Mange souvent plus de 1/3 des aliments proposés. Mange 2 rations de protéines ou moins par jour (viande ou produits laitiers). Boit peu. Ne prend pas de suppléments alimentaires liquides. Ou est à jeun et/ou est hydraté par voie orale ou intraveineuse depuis plus de cinq jours.	1
	Probablement inadéquate	Mange rarement un repas complet et mange en général seulement la moitié des aliments proposés. Mange seulement 3 rations de protéines par jour (viande ou produits laitiers). Peut prendre occasionnellement un supplément diétilique. Ou reçoit moins que la quantité optimale requise par un régime liquide ou par sonde.	2
	Adéquate	Mange plus de la moitié des repas. Mange 4 rations de protéines (viande, produits laitiers) par jour. Refuse occasionnellement un repas, mais généralement prend un supplément alimentaire s'il est proposé. Ou est alimenté par sonde ou nutrition parentérale, adaptée à la plupart de ses besoins nutritionnels.	3
	Excellente	Mange presque la totalité de chaque repas. Ne refuse jamais un repas. Prend habituellement au moins quatre rations de viande ou de produits laitiers par jour. Mange occasionnellement entre les repas. Ne requiert aucun supplément alimentaire.	4
FRICION ET CISAILLEMENT	Problème présent	Requiert une assistance modérée à complète pour se mobiliser. Se relève complètement dans le lit sans glisser sur les draps et impossible. Glisse fréquemment dans le lit ou le fauteuil, nécessitant de fréquents repositionnements avec un maximum d'aide. Scatelles, contractures, ou agitation provoquant presque constamment des frictions.	1
	Problème potentiel	Se mobilise difficilement ou requiert un minimum d'aide pour le faire. Durant le transfert, la peau glisse contre les draps, la chaise, les couvertures ou autres appareils-forges. Garde la plupart du temps une relative bonne position au fauteuil ou au lit, mais glisse occasionnellement vers le bas.	2
	Aucun problème	Se mobilise seul au lit ou au fauteuil et a suffisamment de force musculaire pour se soulever complètement durant le transfert. Garde en tout temps une bonne position au lit et au fauteuil.	3
► Additionner les scores de chaque critère pour obtenir le score total			
SCORE TOTAL			
Source : Braden scale for predicting pressure sore risk. Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1988. Traduite de l'anglais au français.		Numéro de chambre: <input type="text"/>	
		Nom du patient: <input type="text"/>	

Marketing et Communication Groupe Winncare - Kiebrand - 02/2017

ANNEXE N°11 : Guide des tailles et indications des sangles de lève-personne (Nausicaa-médical).

SANGLES DE LÈVE-PERSONNES



Aide au Choix

Nous avons mis en place un code couleur afin d'identifier rapidement la taille de chaque sangle :

- à la taille S correspond la couleur Jaune
- à la taille M correspond la couleur Rouge
- à la taille L correspond la couleur Verte
- à la taille XL correspond la couleur Bleu
- aux tailles 2XL, 3XL, 4XL correspondent la couleur Orange (page 87)
- à la taille TU (Taille Unique) correspond la couleur Noire
- SUR DEVIS, nos sangles peuvent être réalisées en taille XS

Pour sélectionner la taille d'une sangle, vous pouvez vous aider du tableau ci-contre en tenant compte des deux facteurs suivants :

- la taille du patient
- le poids du patient

Guide des Tailles

Poids / Taille	1m50	1m55	1m60	1m65	1m70	1m75	1m80	1m85	1m90	1m95	2m00	2m05	2m10	2m15	2m20	2m25	2m30	2m35	2m40	2m45	2m50	2m55	2m60	2m65	2m70	2m75	2m80	2m85	2m90	2m95	3m00	3m05	3m10	3m15	3m20	3m25	3m30	3m35	3m40	3m45	3m50	3m55	3m60	3m65	3m70	3m75	3m80	3m85	3m90	3m95	4m00	4m05	4m10	4m15	4m20	4m25	4m30	4m35	4m40	4m45	4m50	4m55	4m60	4m65	4m70	4m75	4m80	4m85	4m90	4m95	5m00	5m05	5m10	5m15	5m20	5m25	5m30	5m35	5m40	5m45	5m50	5m55	5m60	5m65	5m70	5m75	5m80	5m85	5m90	5m95	6m00	6m05	6m10	6m15	6m20	6m25	6m30	6m35	6m40	6m45	6m50	6m55	6m60	6m65	6m70	6m75	6m80	6m85	6m90	6m95	7m00	7m05	7m10	7m15	7m20	7m25	7m30	7m35	7m40	7m45	7m50	7m55	7m60	7m65	7m70	7m75	7m80	7m85	7m90	7m95	8m00	8m05	8m10	8m15	8m20	8m25	8m30	8m35	8m40	8m45	8m50	8m55	8m60	8m65	8m70	8m75	8m80	8m85	8m90	8m95	9m00	9m05	9m10	9m15	9m20	9m25	9m30	9m35	9m40	9m45	9m50	9m55	9m60	9m65	9m70	9m75	9m80	9m85	9m90	9m95	10m00	10m05	10m10	10m15	10m20	10m25	10m30	10m35	10m40	10m45	10m50	10m55	10m60	10m65	10m70	10m75	10m80	10m85	10m90	10m95	11m00	11m05	11m10	11m15	11m20	11m25	11m30	11m35	11m40	11m45	11m50	11m55	11m60	11m65	11m70	11m75	11m80	11m85	11m90	11m95	12m00	12m05	12m10	12m15	12m20	12m25	12m30	12m35	12m40	12m45	12m50	12m55	12m60	12m65	12m70	12m75	12m80	12m85	12m90	12m95	13m00	13m05	13m10	13m15	13m20	13m25	13m30	13m35	13m40	13m45	13m50	13m55	13m60	13m65	13m70	13m75	13m80	13m85	13m90	13m95	14m00	14m05	14m10	14m15	14m20	14m25	14m30	14m35	14m40	14m45	14m50	14m55	14m60	14m65	14m70	14m75	14m80	14m85	14m90	14m95	15m00	15m05	15m10	15m15	15m20	15m25	15m30	15m35	15m40	15m45	15m50	15m55	15m60	15m65	15m70	15m75	15m80	15m85	15m90	15m95	16m00	16m05	16m10	16m15	16m20	16m25	16m30	16m35	16m40	16m45	16m50	16m55	16m60	16m65	16m70	16m75	16m80	16m85	16m90	16m95	17m00	17m05	17m10	17m15	17m20	17m25	17m30	17m35	17m40	17m45	17m50	17m55	17m60	17m65	17m70	17m75	17m80	17m85	17m90	17m95	18m00	18m05	18m10	18m15	18m20	18m25	18m30	18m35	18m40	18m45	18m50	18m55	18m60	18m65	18m70	18m75	18m80	18m85	18m90	18m95	19m00	19m05	19m10	19m15	19m20	19m25	19m30	19m35	19m40	19m45	19m50	19m55	19m60	19m65	19m70	19m75	19m80	19m85	19m90	19m95	20m00	20m05	20m10	20m15	20m20	20m25	20m30	20m35	20m40	20m45	20m50	20m55	20m60	20m65	20m70	20m75	20m80	20m85	20m90	20m95	21m00	21m05	21m10	21m15	21m20	21m25	21m30	21m35	21m40	21m45	21m50	21m55	21m60	21m65	21m70	21m75	21m80	21m85	21m90	21m95	22m00	22m05	22m10	22m15	22m20	22m25	22m30	22m35	22m40	22m45	22m50	22m55	22m60	22m65	22m70	22m75	22m80	22m85	22m90	22m95	23m00	23m05	23m10	23m15	23m20	23m25	23m30	23m35	23m40	23m45	23m50	23m55	23m60	23m65	23m70	23m75	23m80	23m85	23m90	23m95	24m00	24m05	24m10	24m15	24m20	24m25	24m30	24m35	24m40	24m45	24m50	24m55	24m60	24m65	24m70	24m75	24m80	24m85	24m90	24m95	25m00	25m05	25m10	25m15	25m20	25m25	25m30	25m35	25m40	25m45	25m50	25m55	25m60	25m65	25m70	25m75	25m80	25m85	25m90	25m95	26m00	26m05	26m10	26m15	26m20	26m25	26m30	26m35	26m40	26m45	26m50	26m55	26m60	26m65	26m70	26m75	26m80	26m85	26m90	26m95	27m00	27m05	27m10	27m15	27m20	27m25	27m30	27m35	27m40	27m45	27m50	27m55	27m60	27m65	27m70	27m75	27m80	27m85	27m90	27m95	28m00	28m05	28m10	28m15	28m20	28m25	28m30	28m35	28m40	28m45	28m50	28m55	28m60	28m65	28m70	28m75	28m80	28m85	28m90	28m95	29m00	29m05	29m10	29m15	29m20	29m25	29m30	29m35	29m40	29m45	29m50	29m55	29m60	29m65	29m70	29m75	29m80	29m85	29m90	29m95	30m00	30m05	30m10	30m15	30m20	30m25	30m30	30m35	30m40	30m45	30m50	30m55	30m60	30m65	30m70	30m75	30m80	30m85	30m90	30m95	31m00	31m05	31m10	31m15	31m20	31m25	31m30	31m35	31m40	31m45	31m50	31m55	31m60	31m65	31m70	31m75	31m80	31m85	31m90	31m95	32m00	32m05	32m10	32m15	32m20	32m25	32m30	32m35	32m40	32m45	32m50	32m55	32m60	32m65	32m70	32m75	32m80	32m85	32m90	32m95	33m00	33m05	33m10	33m15	33m20	33m25	33m30	33m35	33m40	33m45	33m50	33m55	33m60	33m65	33m70	33m75	33m80	33m85	33m90	33m95	34m00	34m05	34m10	34m15	34m20	34m25	34m30	34m35	34m40	34m45	34m50	34m55	34m60	34m65	34m70	34m75	34m80	34m85	34m90	34m95	35m00	35m05	35m10	35m15	35m20	35m25	35m30	35m35	35m40	35m45	35m50	35m55	35m60	35m65	35m70	35m75	35m80	35m85	35m90	35m95	36m00	36m05	36m10	36m15	36m20	36m25	36m30	36m35	36m40	36m45	36m50	36m55	36m60	36m65	36m70	36m75	36m80	36m85	36m90	36m95	37m00	37m05	37m10	37m15	37m20	37m25	37m30	37m35	37m40	37m45	37m50	37m55	37m60	37m65	37m70	37m75	37m80	37m85	37m90	37m95	38m00	38m05	38m10	38m15	38m20	38m25	38m30	38m35	38m40	38m45	38m50	38m55	38m60	38m65	38m70	38m75	38m80	38m85	38m90	38m95	39m00	39m05	39m10	39m15	39m20	39m25	39m30	39m35	39m40	39m45	39m50	39m55	39m60	39m65	39m70	39m75	39m80	39m85	39m90	39m95	40m00	40m05	40m10	40m15	40m20	40m25	40m30	40m35	40m40	40m45	40m50	40m55	40m60	40m65	40m70	40m75	40m80	40m85	40m90	40m95	41m00	41m05	41m10	41m15	41m20	41m25	41m30	41m35	41m40	41m45	41m50	41m55	41m60	41m65	41m70	41m75	41m80	41m85	41m90	41m95	42m00	42m05	42m10	42m15	42m20	42m25	42m30	42m35	42m40	42m45	42m50	42m55	42m60	42m65	42m70	42m75	42m80	42m85	42m90	42m95	43m00	43m05	43m10	43m15	43m20	43m25	43m30	43m35	43m40	43m45	43m50	43m55	43m60	43m65	43m70	43m75	43m80	43m85	43m90	43m95	44m00	44m05	44m10	44m15	44m20	44m25	44m30	44m35	44m40	44m45	44m50	44m55	44m60	44m65	44m70	44m75	44m80	44m85	44m90	44m95	45m00	45m05	45m10	45m15	45m20	45m25	45m30	45m35	45m40	45m45	45m50	45m55	45m60	45m65	45m70	45m75	45m80	45m85	45m90	45m95	46m00	46m05	46m10	46m15	46m20	46m25	46m30	46m35	46m40	46m45	46m50	46m55	46m60	46m65	46m70	46m75	46m80	46m85	46m90	46m95	47m00	47m05	47m10	47m15	47m20	47m25	47m30	47m35	47m40	47m45	47m50	47m55	47m60	47m65	47m70	47m75	47m80	47m85	47m90	47m95	48m00	48m05	48m10	48m15	48m20	48m25	48m30	48m35	48m40	48m45	48m50	48m55	48m60	48m65	48m70	48m75	48m80	48m85	48m90	48m95	49m00	49m05	49m10	49m15	49m20	49m25	49m30	49m35	49m40	49m45	49m50	49m55	49m60	49m65	49m70	49m75	49m80	49m85	49m90	49m95	50m00	50m05	50m10	50m15	50m20	50m25	50m30	50m35	50m40	50m45	50m50	50m55	50m60	50m65	50m70	50m75	50m80	50m85	50m90	50m95	51m00	51m05	51m10	51m15	51m20	51m25	51m30	51m35	51m40	51m45	51m50	51m55	51m60	51m65	51m70	51m75	51m80	51m85	51m90	51m95	52m00	52m05	52m10	52m15	52m20	52m25	52m30	52m35	52m40	52m45	52m50	52m55	52m60	52m65	52m70	52m75	52m80	52m85	52m90	52m95	53m00	53m05	53m10	53m15	53m20	53m25	53m30	53m35	53m40	53m45	53m50	53m55	53m60	53m65	53m70	53m75	53m80	53m85	53m90	53m95	54m00	54m05	54m10	54m15	54m20	54m25	54m30	54m35	54m40	54m45	54m50	54m55	54m60	54m65	54m70	54m75	54m80	54m85	54m90	54m95	55m00	55m05	55m10	55m15	55m20	55m25	55m30	55m35	55m40	55m45	55m50	55m55	55m60	55m65	55m70	55m75	55m80	55m85	55m90	55m95	56m00	56m05	56m10	56m15	56m20	56m25	56m30	56m35	56m40	56m45	56m50	56m55	56m60	56m65	56m70	56m75	56m80	56m85	56m90	56m95	57m00	57m05	57m10	57m15	57m20	57m25	57m30	57m35	57m40	57m45	57m50	57m55	57m60	57m65	57m70	57m75	57m80	57m85	57m90	57m95	58m00	58m05	58m10	58m15	58m20	58m25	58m30	58m35	58m40	58m45	58m50	58m55	58m60	58m65	58m70	58m75	58m80	58m85	58m90	58m95	59m00	59m05	59m10	59m15	59m20	59m25	59m30	59m35	59m40	59m45	59m50	59m55	59m60	59m65	59m70	59m75	59m80	59m85	59m90	59m95	60m00	60m05	60m10	60m15	60m20	60m25	60m30	60m35	60m40	60m45	60m50	60m55	60m60	60m65	60m70	60m75	60m80	60m85	60m90	60m95	61m00	61m05	61m10	61m15	61m20
----------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

ANNEXE n°12 : Mini Nutritional Assessment (MNA).

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Nom : Prénom :
 Sexe : Age : Poids, kg : Taille, cm : Date :

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage

A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?
 0 = baisse sévère des prises alimentaires
 1 = légère baisse des prises alimentaires
 2 = pas de baisse des prises alimentaires

B Perte récente de poids (<3 mois)
 0 = perte de poids > 3 kg
 1 = ne sait pas
 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
 3 = pas de perte de poids

C Motricité
 0 = au lit ou au fauteuil
 1 = autonome à l'intérieur
 2 = sort du domicile

D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois ?
 0 = oui 2 = non

E Problèmes neuropsychologiques
 0 = démence ou dépression sévère
 1 = démence leve
 2 = pas de problème psychologique

F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)²
 0 = IMC < 19
 1 = 19 ≤ IMC < 21
 2 = 21 ≤ IMC < 23
 3 = IMC ≥ 23

Score de dépistage
 (sous-total max. 14 points)

12-14 points: état nutritionnel normal
 8-11 points: à risque de dénutrition
 0-7 points: dénutrition avérée

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

Evaluation globale

G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?
 1 = oui 0 = non

H Prend plus de 3 médicaments par jour ?
 0 = oui 1 = non

I Escarres ou plaies cutanées ?
 0 = oui 1 = non

J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?
 0 = 1 repas
 1 = 2 repas
 2 = 3 repas

K Consomme-t-il ?

- Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui non
- Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui non
- Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille oui non

0,0 = si 0 ou 1 oui
 0,5 = si 2 oui
 1,0 = si 3 oui

L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ?
 0 = non 1 = oui

M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...)
 0,0 = moins de 3 verres
 0,5 = de 3 à 5 verres
 1,0 = plus de 5 verres

N Manière de se nourrir
 0 = nécessite une assistance
 1 = se nourrit seul avec difficulté
 2 = se nourrit seul sans difficulté

O Le patient se considère-t-il bien nourri ?
 0 = se considère comme dénutri
 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel
 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition

P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?
 0,0 = moins bonne
 0,5 = ne sait pas
 1,0 = aussi bonne
 2,0 = meilleure

Q Circonférence brachiale (CB en cm)
 0,0 = CB < 21
 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22
 1,0 = CB > 22

R Circonférence du mollet (CM en cm)
 0 = CM < 31
 1 = CM ≥ 31

Évaluation globale (max. 16 points)

Score de dépistage

Score total (max. 30 points)

Appréciation de l'état nutritionnel [Sauvegarder](#) [Imprimer](#) [Réinitialiser](#)

de 24 à 30 points état nutritionnel normal
 de 17 à 23,5 points risque de malnutrition
 moins de 17 points mauvais état nutritionnel

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
 Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

BIBLIOGRAPHIE

1. Population par âge – Tableaux de l'économie française [Internet]. INSEE. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
2. Espérance de vie – Mortalité – Tableaux de l'économie française [Internet]. INSEE. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277640?sommaire=4318291>
3. Vieillesse et santé [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
4. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires. HAS. [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf
5. Comment le GIR est-il déterminé ? [Internet]. Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-le-gir-est-il-determine>
6. Comment fonctionne la grille AGGIR ? [Internet]. Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-fonctionne-la-grille-aggir>
7. Apa : qu'est-ce que le Gir 1, 2, 3 ou 4 de la grille Aggir ? [Internet]. Service-public.fr. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>
8. Le programme ICOPE [Internet]. INSPIRE. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://inspire.chu-toulouse.fr/fr/programme-icope/>
9. Manuel ICOPE : Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.afro.who.int/fr/publications/manuel-conseils-sur-levaluation-et-les-filieres-axees-sur-la-personne-dans-les-soins>
10. CEPS rapport d'activité 2019. Solidarite-sante.gouv. [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ceps_rapport_d_activite_2019_20201001.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab200082eeaf20a9dc638ca84190270fc6d0e63d39d89b9b4f176010b3144eb4cf9bc408004a3c051430005a01063faa9c7cf4e3ea2131133cd1eeee8961752f4ce14f5702ec014f309d02bc1f4c2f1dfd061fe3682a5d1e4bd0e1
11. CEPS rapport d'activité 2020. Solidarite-sante.gouv. [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ceps_rapport_d_activite_2020_211206.pdf
12. Le marquage « CE » [Internet]. Entreprises.gouv.fr. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.entreprises.gouv.fr/fr/libre-circulation-des-produits/la-libre-circulation-des-marchandises-europe/marquage>
13. Entrée en application du nouveau règlement européen relatif aux dispositifs médicaux [Internet]. ANSM. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/entree-en-application-du-nouveau-reglement-europeen-relatif-aux-dispositifs-medicaux>
14. Identifiant unique des dispositifs (IUD) [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: https://health.ec.europa.eu/medical-devices-topics-interest/unique-device-identifier-udi_fr
15. Liste des Produits et des Prestations (LPP) [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/tips/index_presentation.php?p_site=AMELI
16. Taux de remboursement [Internet]. Ameli. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/tableau-recapitulatif-taux-remboursement>

17. Les dispositifs médicaux et les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (DMDIV) [Internet]. ANSM. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/qui-sommes-nous/notre-perimetre/les-dispositifs-medicaux-et-les-dispositifs-medicaux-de-diagnostic-in-vitro/p/les-dispositifs-medicaux-et-les-dispositifs-medicaux-de-diagnostic-in-vitro-dmdiv>
18. Les dispositifs médicaux [Internet]. VIDAL. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/utilisation/regles-bon-usage-parapharmacie/dispositifs-medicaux-dm-ce.html>
19. Comment déclarer si vous êtes professionnel de santé ? [Internet]. ANSM. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/documents/referance/declarer-un-effet-indesirable/comment-declarer-si-vous-etes-professionnel-de-sante>
20. Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) [Internet]. ARS Auvergne-Rhone-Alpes. [cité 16 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/les-dispositifs-dappui-la-coordination-dac-0>
21. Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) [Internet]. ARS Ile de France. [cité 16 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/les-dispositifs-dappui-la-coordination-dac>
22. Les dispositifs d'appui à la coordination - DAC - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. Solidarites-sante.gouv. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/DAC>
23. Missions des DAC en Occitanie [Internet]. ARS Occitanie. [cité 16 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/missions-des-dac-en-occitanie>
24. Partenaires clés du DAC [Internet]. ARS Occitanie. [cité 16 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/partenaires-cles-du-dac>
25. Les réseaux de santé [Internet]. Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/les-reseaux-de-sante>
26. Les réseaux de santé - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. Solidarites-sante.gouv. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>
27. La méthode MAIA | Parcours Personnes âgées Occitanie - Maia Occitanie [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.personnes-agees-occitanie.fr/methodes-ameliorant-le-parcours/la-methode-maia>
28. MAIA [Internet]. CNSA. 2015 [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/maia>
29. L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) [Internet]. Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa>
30. Allocation personnalisée d'autonomie (APA) [Internet]. Haute-garonne.fr. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.haute-garonne.fr/aide/allocation-personnalisee-dautonomie-apa>
31. L'aide-ménagère à domicile [Internet]. Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/laide-menagere-a-domicile>
32. Tout savoir sur le Plan d'Actions Personnalisé (PAP) [Internet]. Institut Amelis. 2018 [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://institut.amelis-services.com/aides/autres-aides/aide-a-domicile-tout-savoir-sur-le-plan-dactions-personnalise/>
33. Les Français et la pharmacie [Internet]. IFOP. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur:

<https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-la-pharmacie/>

34. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.
35. Sauce A. Les nouvelles missions de la loi HPST pour le pharmacien d'officine: une exigence accrue en matière de communication avec le patient. 2012.
36. Chapitre V : Pharmacie d'officine. (Articles L5125-1 à L5125-22) - Légifrance [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000020890194/2009-07-23>
37. Ordre National des Pharmaciens. Les cahiers de l'Ordre national des pharmaciens - Coopération interprofessionnelle : décloisonner pour améliorer le parcours de soins. [Internet]. [cité 17 oct 2022]. Disponible sur:
<https://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/303084/1547370/version/11/file/Cahier+th%C3%A9matique+10+-+La+coop%C3%A9ration+interprofessionnelle.pdf>.
38. Les autres missions du pharmacien d'officine – Guide de stage de pratique professionnelle en officine [Internet]. [cité 17 oct 2022]. Disponible sur:
<https://cpcms.fr/guide-stage/knowledge-base/les-autres-missions-du-pharmacien-dofficine/>
39. Section 1 : Prestataires de services et distributeurs de matériels (Articles D5232-1 à D5232-15) - Légifrance [Internet]. [cité 17 oct 2022]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190766/
40. Arrêté du 30 mai 2016 portant extension d'application de la convention nationale organisant les rapports entre les prestataires délivrant des produits et prestations inscrits aux titres Ier et IV et au chapitre 4 du titre II de la liste prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale et l'assurance maladie. [Internet]. Disponible sur:
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5321/document/convention-titres-i-iv-lpp_journal-officiel.pdf
41. Mounic V. Certification des Prestataires de Services et Distributeurs de Matériel : élaboration du dispositif et du référentiel. 2021;11.
42. Article L5232-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006690341/
43. Article D5232-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006916387
44. Code de déontologie - Nos missions - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. ordre.pharmacien.fr. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/Assurer-le-respect-des-devoirs-professionnels/Code-de-deontologie>
45. Callanquin J. Camuzeaux C. Labrude P. Le matériel de maintien à domicile. 4e éd. Elsevier-Masson; 2008.
46. Le Moniteur des pharmacies. Maintien à domicile - Le Moniteur des Pharmacies Cahier 2 n°3238 du 15/09/2018 - Revues. 2018;
47. Oxypharm [Internet]. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.vitadomia.com/>
48. Arrêté du 12 avril 2017 portant modification des modalités d'inscription des lits médicaux inscrits au titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale.
49. Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/escarresdef_long.pdf
50. Ulcères de pression (escarres) - Troubles dermatologiques [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur:
<https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-dermatologiques/ulc%C3%A8res-de-pression-escarres/ulc%C3%A8res-de-pression-escarres>

51. La prévention des escarres [Internet]. Le blog de Pharmaouest Industries. 2016 [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://blogpharmaouest.wordpress.com/2016/02/10/definition-et-prevention-des-escarres/>
52. L'échelle de Braden : prédire le risque d'escarres dans les soins de longue durée - e-Pansement [Internet]. E-pansement. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://e-pansement.fr/actualites/lechelle-de-braden-predire-le-risque-descarres-dans-les-soins-de-longue-duree>
53. Échelle de Braden [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: https://www.winnicare.fr/pdf/echelle_de_braden_FR.pdf
54. Échelles de Braden, Norton et Waterlow [Internet]. Back to School - IFSI -. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://backtoschoolifsi.wordpress.com/2018/11/27/echelles-de-braden-norton-et-waterlow/>
55. Matériel de maintien à domicile pour personne âgée [Internet]. Prevenchute. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.prevenchute.com/>
56. Capitol Pharma [Internet]. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.capitolpharma.com/nos-modeles>
57. Cadre de toilettes [Internet]. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.mediconfort.com/accoudoirs-de-toilettes-p-9036>
58. Dimensions pour la largeur d'assise [Internet]. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.monsiegeamoi.com/fr/content/16-dimensions-pour-fabriquer-un-siege-sur-mesure>
59. Fauteuil à pousser médicalisé [Internet]. INNOV' SA. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.innov-sa.com/fauteuils-gamme-fauteuils-a-pousser-w1.html>
60. LPP : Siège coquille de série [Internet]. Liste des Produits et des Prestations. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/tips//chapitre/index_chap.php?p_ref_menu_code=1338&p_site=AMELI
61. Arrêté du 15 juillet 2019 portant modification de l'arrêté du 17 octobre 2017 portant modification des modalités de prise en charge des « sièges coquilles de série » au titre Ier de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038772658>
62. Comment choisir une canne de marche ? [Internet]. Girodmedical. 2020 [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.girodmedical.com/blog/comment-choisir-sa-canne-de-marche/>
63. Comment choisir une canne de marche ? [Internet]. Tous ergo. 2018 [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.tousergo.com/blog/choisir-une-canne-de-marche/>
64. Guide : choisir son fauteuil roulant à propulsion manuelle [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: http://www.imc.apf.asso.fr/IMG/pdf/guide_fauteuil.pdf
65. Univers Santé : tout le Matériel Médical disponible chez votre Pharmacien [Internet]. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.universsante-catalogue.com/>
66. Matériel Médical, Orthopédie, Confort pour particuliers et professionnels [Internet]. Togi santé. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.togi-sante.com/>
67. LPP : Fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique [Internet]. Liste des Produits et des Prestations. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/tips//chapitre/index_chap.php?p_ref_menu_code=146&p_site=AMELI
68. Avis de projet de 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) au titre IV de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044092439>

69. LPP : Scooter électrique modulaire [Internet]. Liste des Produits et des Prestations. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur:

http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/tips//chapitre/index_chap.php?p_ref_menu_code=1322&p_site=AMELI

70. Vente de matériel médical et produits de maintien à domicile [Internet]. Medical domicile. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://medicaldomicile.fr/>

71. Tuto : Le soulève-malade by Médical Santé [Internet]. 2019 [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=YJ5tIwnWJNA>

72. Tous Ergo [Internet]. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.tousergo.com/>

73. Bastide Le Confort Médical : Vente de matériel médical en ligne [Internet]. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.bastideleconfortmedical.com/>

74. Hartmann [Internet]. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.hartmann.fr/portail/catalogue/incontinence/protections-anatomiques.htm>

75. Sonde urinaire : respecter les indications pour éviter les infections [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2017/revue-medicale-suisse-547/sonde-urinaire-respecter-les-indications-pour-eviter-les-infections>

76. Sonde de Foley [Internet]. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.materiel-handicap.fr/506-sonde-de-foley-100-silicone-ch-16.html>

77. Sense M. Sonde vésicale droite, type Nélaton, pour femme, CH 14, godet vert, bt 20 [Internet]. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur:

<http://cyberparapharmacie.com/fr/Coloplast/SELF-CATH-Sonde-vesicale-droite-type-Nelaton-femme-CH-14-godet-vert-bt-20-11865.html>

78. Coloplast [Internet]. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.coloplast.fr/>

79. Dénutrition personne âgée : dénutrition définition, conséquences et traitement [Internet]. [cité 10 oct 2022]. Disponible sur:

<https://www.ouihelp.fr/conseils/sante/denuitrition-personnes-agees/>

80. Diagnostic de la dénutrition chez la personne âgée de 70 ans et plus -

Recommandations HAS [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_recommandations_denuitrition_pa_cd_20211110_v1.pdf)

[11/reco368_recommandations_denuitrition_pa_cd_20211110_v1.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_recommandations_denuitrition_pa_cd_20211110_v1.pdf)

81. Arrêté du 7 mai 2019 portant modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des produits pour complémentation nutritionnelle orale destinés aux adultes inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038456507>

82. Allain T. Intérêt de la complémentation nutritionnelle orale dans la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée. 2013.

83. Dispositifs médicaux : chaussures thérapeutiques de série à usage temporaire et prolongé - Avis de la CNEDiMTS - 12 juin 2018 [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/chaussures_therapeutiques_a_usage_temporaire_et_prolonge_12_juin_2018_dm_eval_183_avis.pdf)

[06/chaussures_therapeutiques_a_usage_temporaire_et_prolonge_12_juin_2018_dm_eval_183_avis.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/chaussures_therapeutiques_a_usage_temporaire_et_prolonge_12_juin_2018_dm_eval_183_avis.pdf)

84. Arrêté du 24 juillet 2018 portant modification des modalités de prise en charge des chaussures thérapeutiques à usage temporaire et prolongé au chapitre 1er du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037270144>

85. Liste des Produits et des Prestations [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: [http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/tips/cgi-](http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/tips/cgi-fiche?p_code_tips=1241763&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=AMELI)

[fiche?p_code_tips=1241763&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=AMELI](http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/tips/cgi-fiche?p_code_tips=1241763&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=AMELI)

TITLE : Elderly patient home care: the pharmacist role, medical equipment and practical dispensation assistance sheets.

ABSTRACT :

Home care is all the more relevant with the WHO objective of healthy ageing, the pharmacist has a major role to play.

The objective of this work is to provide tools to begin in the advice and dispensation of medical devices. It is aimed at pharmacists wishing to get involved in the care of their elderly patients at home. At the end of this manuscript, they can find summary practical sheets to help with the dispensing and invoicing of the main medical devices found in pharmacies.

AUTEUR : RINEAU Audrey

TITRE : Maintien à domicile du patient âgé : rôle du pharmacien d'officine, matériel médical et fiches pratiques d'aide à la dispensation.

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr TOURRETTE-DIALLO Audrey

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de Pharmacie à Toulouse, le Jeudi Premier Décembre 2022.

RÉSUMÉ :

Le maintien à domicile est d'autant plus d'actualité avec l'objectif de l'OMS du vieillissement en bonne santé, le pharmacien a un rôle majeur à y jouer.

L'objectif de ce travail est de fournir des outils pour débiter dans le conseil et la dispensation de dispositifs médicaux. Il s'adresse aux pharmaciens souhaitant s'impliquer dans le maintien à domicile de leurs patients âgés, ils pourront retrouver à la fin de ce manuscrit des fiches pratiques de synthèse pour aider à la dispensation et à la facturation des principaux dispositifs médicaux retrouvés en officine.

MOTS CLÉS : maintien à domicile, MAD, matériel médical, dispositifs médicaux, patient âgé, dispensation, pharmacien, fiches, conseils.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Pharmacie.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R :

Faculté des Sciences Pharmaceutiques, Toulouse III
35 chemin des Maraichers,
31062 Toulouse Cedex.