



HAL
open science

Quelle est la place du pharmacien dans le maintien à domicile d'une personne âgée en 2019? Étude de terrain auprès des distributeurs de matériel médical et des pharmaciens en Picardie

Léa Royer

► **To cite this version:**

Léa Royer. Quelle est la place du pharmacien dans le maintien à domicile d'une personne âgée en 2019? Étude de terrain auprès des distributeurs de matériel médical et des pharmaciens en Picardie. Sciences pharmaceutiques. 2020. dumas-03166618

HAL Id: dumas-03166618

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03166618v1>

Submitted on 11 Mar 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE
POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Soutenue publiquement le 15/05/2020
Par ROYER LÉA

QUELLE EST LA PLACE DU PHARMACIEN DANS LE MAINTIEN À DOMICILE
D'UNE PERSONNE ÂGÉE EN 2019 ?
ÉTUDE DE TERRAIN AUPRÈS DES DISTRIBUTEURS DE MATÉRIEL MÉDICAL
ET DES PHARMACIENS EN PICARDIE

JURY :

Président :

Monsieur le Professeur BRAZIER Michel,
Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie d'Amiens.

Directeur de thèse :

Madame Le Docteur TERRIER-LENGLET Aurélie,
Maitre de conférences des Universités, Faculté de Pharmacie d'Amiens
Praticien Hospitalier, Pharmacien, Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens.

Membres :

Monsieur CARETTE Robin,
Docteur en pharmacie, titulaire d'officine à Flavy-le-Martel (02).

REMERCIEMENTS

A ma directrice de thèse, Madame **Terrier-Lenglet Aurélie**, pour m'avoir dirigé et aidé dans la réalisation de mon travail. Merci pour vos conseils et votre disponibilité et merci pour votre accompagnement durant ces années d'études.

A Monsieur **Brazier Michel**, de me faire l'honneur de présider le jury, merci pour vos différents conseils lors des oraux que j'ai pu passer avec vous.

A Monsieur **Carette Robin**, pharmacien rencontré lors de mon stage de fin d'étude pour avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci pour vos conseils, votre gentillesse ainsi que votre bonne humeur lors de ce stage.

A tous les professionnels qui m'ont aidé pour la réalisation de cette thèse, merci pour l'aide, les conseils et le temps que vous m'avez accordé.

A tous les professionnels que j'ai rencontré lors de ces années d'études qui m'ont appris énormément et principalement à Monsieur Lorgeré, Coraline, Honorine, Perrine, Céline, Marie-Laure et Ophélie, je n'aurai pas pu espérer mieux pour mon stage de 6^{ème} année.

A **mes parents et mon frère**, pour leur amour et leur soutien depuis le début, merci d'être vous, merci de m'avoir permis de réaliser ces études et d'avoir toujours été présents à mes côtés. Aujourd'hui, je vous dois ma réussite.

A **Axel**, celui qui m'a toujours relevé lors des échecs que j'ai pu rencontrer, merci de m'avoir répété sans cesse que j'y arriverai, d'avoir cru en moi et de m'avoir donné tant d'amour.

A **Perrine**, mon binôme, ma meilleure-amie, j'ai eu tellement de chance de croiser ton chemin en deuxième année... Merci pour ces fous-rires, ces soirées et ton amitié. Ma vie étudiante n'aurait pas été si belle sans toi.

A **mes grands-parents et ma famille**, pour leurs encouragements tout le long de ces années d'études, de près comme de loin. Merci pour toute l'affection que vous m'apportez au quotidien.

A **Baptiste et Greg**, merci d'être vous, d'être si vrais et de m'avoir toujours fait rire dans mes moments de doutes, mon « chapeau » n'aurait pas été si beau sans vous à mes côtés.

A **mes amis**, François, Flavie, Marine, Lise, Charles, Juliette, Alice, Chacha, merci pour ces beaux moments de vie avec vous.

A **mes collègues de pharmacie**, Laura, Antoine, Sophie, Marion, Raphael, pour ces folles années à vos côtés, ces moments de stress et de galère partagés.

A toutes les autres personnes que je n'ai pas pu citer mais qui, à différents moments, à leur manière, ont été présentes et m'ont soutenu.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
ABRÉVIATIONS	6
LISTES DES FIGURES.	7
LISTE DES ANNEXES.	8
I. INTRODUCTION.	9
II. ORGANISATION DU MAINTIEN A DOMICILE.	10
1. Définition / Législation.	10
2. Professionnels de santé impliqués par le MAD	11
a) Les aidants professionnels.	12
- Les aides à domicile.	12
- Les prestataires de santé à domicile (PSAD).	13
b) Les financeurs publics et privés.	14
c) Les professionnels de santé.	16
- Les médecins.	16
- Les infirmiers diplômés d'État (IDE).	16
- Les pharmaciens.	17
III. OBJECTIFS.	18
IV. MATÉRIELS ET MÉTHODES.	18
V. RÉSULTATS.	21
1. Prise en charge du patient par le professionnel.	22
a) Prise en charge du matériel de la chambre.	23
b) Prise en charge de l'incontinence urinaire.	23
c) Prise en charge de la mobilité.	23
d) Prise en charge de l'aide au repas.	24
e) Prise en charge de la toilette.	24
2. L'organisation du professionnel dans le domaine du maintien à domicile.	24
a) L'aménagement du lieu d'exercice.	24
b) Diplômes et formations.	25
c) Collaboration entre différents professionnels.	25
d) Communication avec l'hôpital.	26
VI. DISCUSSION.	27
A. Différents types de dispositifs médicaux.	27
1. Aménagement de la chambre.	28
a) Le lit et ses accessoires	28
b) Le matelas.	31
2. Prise en charge de l'incontinence du patient.	33
a) Les étuis et poches à urines.	34
b) Les protections anatomiques.	34
3. L'aide à la mobilité.	35
a) Les cannes.	36
b) Le déambulateur ou rollator.	37
c) Le fauteuil roulant	38
4. Les aides au transfert.	41
a) Le soulève-malade.	41
b) Le verticalisateur.	41
5. Aide aux repas.	41

6.	Aides à la toilette.	42
a)	Pour la salle de bain.	42
b)	Pour les toilettes.	43
B.	Obligations légales des distributeurs de matériel médical.	43
1.	Les nouveaux rôles du pharmacien.	43
2.	Formation.	45
3.	Limites et contraintes pour le pharmacien dans l'exercice du maintien à domicile en officine.	46
a)	Le local.	47
b)	Le temps.	48
c)	La concurrence.	48
d)	Compétences/formation.	49
e)	L'information publique sur les missions du pharmacien.	50
3.	Les atouts du pharmacien.	50
a)	Ses compétences.	50
b)	Le dispositif PAERPA	51
4.	Les conseils pour développer son activité.	52
VII.	CONCLUSION.	54
VIII.	BIBLIOGRAPHIE	55
IX.	ANNEXES.	58

ABRÉVIATIONS

ANEPF : Association Nationale des Étudiants en Pharmacie de France.

AGGIR : Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources.

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie.

AVC : Accident Vasculaire Cérébral.

BPDO : Bonnes pratiques de dispensation d'Oxygène.

CEPP : Commission d'Évaluation des Produits et Prestations.

CERAH : Centre d'Étude et de Recherches sur l'Appareillage des Handicapés.

CESU : Chèque Emploi Service Universel.

CMT : Conseillers Médicotechniques.

CNP : Convention Nationale des Prestataires.

CSP : Code de la Santé Publique.

CTA : Coordination Territoriale d'Appui.

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi.

DPC : Développement Professionnel Continu.

DU : Diplôme Universitaire.

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique.

GIR : Groupe Iso-Ressources.

HAD : Hospitalisation A Domicile.

HAS : Haute Autorité de Santé.

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire.

IMC : Indice de Masse Corporelle.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques.

IU : Incontinence Urinaire.

LPPR : Liste des Prestations et Produits Remboursables.

MAD : Maintien A Domicile.

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

PCH : Prestation de Compensation du Handicap.

PSAD : Prestataire de Santé A Domicile.

PUI : Pharmacie à Usage Intérieure.

PPS : Plan Personnalisé de Santé.

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

LISTES DES FIGURES.

<i>Figure 1 : Les différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient lors du maintien à domicile.</i>	12
<i>Figure 2 : Montants maximaux fixés en fonction du GIR, au 1^{er} janvier 2019.</i>	15
<i>Figure 3 : Part des bénéficiaires de l'APA dans la population par sexe et tranche d'âge, fin 2016. (8)</i>	15
<i>Figure 4 : Structure des ventes des pharmacies en 2000, 2006 et 2012. (11)</i>	17
<i>Figure 5 : Liste des dispositifs médicaux proposés à Monsieur D pour son retour à domicile par catégories de besoins.</i>	20
<i>Figure 6 : Les différents professionnels en fonction de leur activité.</i>	22
<i>Figure 7 : Arbre décisionnel selon les besoins du patient</i>	27
<i>Figure 8 : Lit médical standard.</i>	29
<i>Figure 9 : Lit médical Alzheimer.</i>	29
<i>Figure 10 : Lit médical à 3 fonctions ou à plicatures.</i>	30
<i>Figure 11 : Lit médical enfants.</i>	30
<i>Figure 12 : Lit médical pour couples.</i>	31
<i>Figure 13 : Arbre décisionnel sur la prescription de matelas anti-escarre</i>	32
<i>Figure 14 : Différents types de cannes.</i>	36
<i>Figure 15 : Aides techniques à quatre points d'appuis.</i>	37
<i>Figure 16 : Fauteuil roulant classique.</i>	38
<i>Figure 17 : Fauteuil roulant à propulsion électrique.</i>	39
<i>Figure 18 : Fauteuil roulant verticalisateur.</i>	40
<i>Figure 19 : Dysfonctionnements humains selon une enquête réalisée par R. David (33)</i>	47
<i>Figure 20 : Pourcentage de pharmaciens contactés par l'hôpital lors d'une sortie d'hospitalisation pour fournir du matériel médical, selon un sondage du pharmacien de France en 2017</i>	49

LISTE DES ANNEXES.

<i>Annexe 1 : Grille d'évaluation AGGIR</i>	58
<i>Annexe 2 : Grille d'évaluation de l'échelle de Norton.</i>	59
<i>Annexe 3 : Missions du pharmacien selon la loi HPST.</i>	60
<i>Annexe 4 : Récapitulatif des décrets pour les prestataires de services.</i>	61

I. INTRODUCTION.

Le maintien à domicile (MAD) des personnes âgées est un enjeu de santé publique depuis de nombreuses années avec le vieillissement de la population en nette augmentation. En effet selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), environ 1/10^{ème} de la population française est représentée par des personnes de 75 ans et plus (1). Or malgré l'adoption de nombreux plans consacrés aux personnes âgées, depuis une quinzaine d'années, et le vote d'une loi consacrée à l'adaptation de la société au vieillissement, la France est mal organisée pour faire face à ces besoins prévisibles. En particulier à l'accompagnement du MAD de ces personnes qui selon les enquêtes d'opinion, reste l'aspiration principale des premiers concernés.

Pour se faire valoir, le MAD nécessite une coordination de nombreux professionnels de santé afin que la personne âgée soit prise en charge pour le mieux.

Le pharmacien a une place dans le marché du maintien à domicile, il est impliqué auprès des patients grâce à ses nombreuses compétences. En effet, la délivrance de dispositifs médicaux fait partie des activités du pharmacien afin que le patient puisse rester à domicile en sécurité et avec un matériel adapté. Il joue un rôle de conseil auprès des patients mais aussi des familles pour les aider à se repérer dans les différents dispositifs. Néanmoins, ce secteur d'activité reste souvent insuffisamment développé dans une officine, ce qui laisse donc de la « place » aux distributeurs spécialisés dans le matériel médical.

Au cours de ce travail, différents entretiens ciblés ont été réalisés auprès de distributeurs de matériel médical et des pharmaciens, cette thèse reprend les différents aspects du maintien à domicile ainsi que les avantages et inconvénients du marché du maintien à domicile et évalue la place de chacun à travers un cas concret de patient qui souhaite un MAD.

II. ORGANISATION DU MAINTIEN A DOMICILE.

1. Définition / Législation.

Le maintien à domicile (MAD) permet à une personne âgée ou en perte d'autonomie de continuer à vivre chez elle dans des **conditions de bien-être et de sécurité** grâce à la mise en place de matériels adaptés. Selon l'EHESP, le maintien à domicile correspond à « l'ensemble de moyens humains et techniques permettant à une personne âgée ou handicapée de continuer à demeurer à son domicile. »

Parmi les personnes pouvant bénéficier de maintien à domicile, on trouve les personnes victimes d'un accident, d'un handicap (temporaire ou permanent) ainsi que les personnes entrant dans une dépendance avec perte d'autonomie.

Le MAD est à différencier de l'hospitalisation à domicile (HAD) qui concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui devraient être hospitalisés en établissement de santé. L'HAD est une forme d'hospitalisation qui a pour but d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation, lorsque la prise en charge à domicile est possible. Cette prise en charge du patient répond à l'article R.712-2-1 du CSP (2). Lors d'une HAD, le patient n'a pas le choix des intervenants, ni des prestataires, sa prise en charge est programmée. Pour qu'un malade soit pris en charge en HAD, plusieurs conditions doivent être respectées :

- L'existence d'un établissement disposant d'une possibilité de prise en charge.
- Une décision médicale.
- Un accord du malade et de sa famille.
- Une acceptation par le directeur de l'établissement d'HAD et le médecin coordonnateur.

Ainsi les principales différences entre le MAD et l'HAD sont la facturation qui est faite à l'assurance maladie pour le MAD et ce sont des professionnels libéraux qui interviennent, alors que pour l'HAD, la facturation est faite à l'hôpital et c'est une structure qui intervient avec une équipe pluridisciplinaire.

Le matériel utilisé dans le MAD est inscrit sur la **liste des produits et prestations remboursables** (LPPR), cette liste est disponible sur le site www.ameli.fr, elle est composée de 5 sous parties (selon la dernière mise à jour du 8 août 2019) :

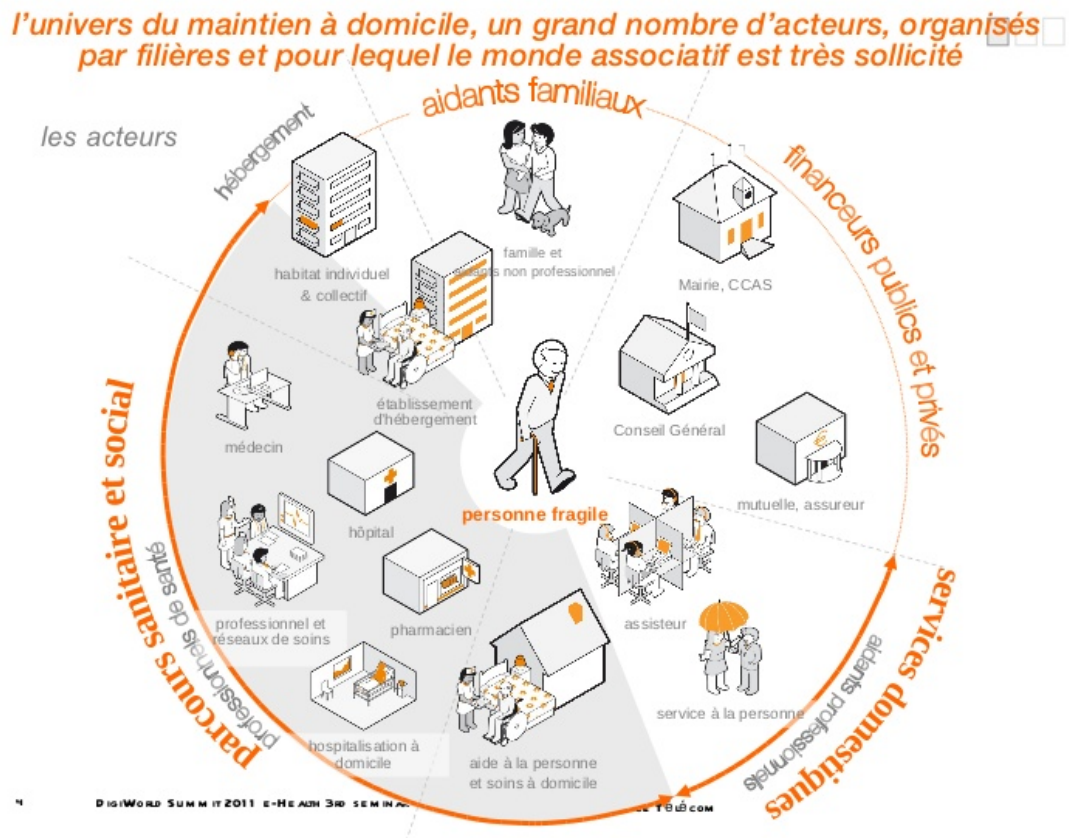
- Titre I : dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements.
- Titre II : Orthèses et prothèses externes.
- Titre III : Dispositifs médicaux implantables, implants issus de dérivés d'origine humaine ou en comportant et greffons tissulaires d'origine humaine.
- Titre IV : Véhicules pour handicapés physiques.
- Titre V : Dispositifs médicaux invasifs non éligibles au titre III.

Chaque matériel est codé, selon l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité Sociale, le code doit obligatoirement figurer sur les factures lors de la télétransmission. La Commission d'évaluation des produits et prestations (CEPP) appartenant à la Haute Autorité de Santé (HAS) procède à une **évaluation médicale** de chaque produit. Celle-ci repose sur l'évaluation du service attendu du produit dans le cas d'une demande d'inscription ou de l'évaluation du service rendu pour une demande de renouvellement d'inscription, les critères d'évaluation sont définis dans l'article R. 165-2 du Code de la Sécurité Sociale.

2. Professionnels de santé impliqués par le MAD

Différents professionnels de santé sont impliqués dans la prise en charge des patients pour le maintien à domicile afin de **travailler en réseau** (figure 1).

Figure 1 : Les différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient lors du maintien à domicile.



a) *Les aidants professionnels.*

- Les aides à domicile.

Les aides à domicile (3) sont souvent les premières personnes auxquelles une personne âgée fait appel lorsqu'elle est en perte d'autonomie. En effet, ces aides à domicile ont un rôle très important dans **l'accompagnement des actes de la vie quotidienne** de la personne âgée et dans son soutien moral. Elles permettent d'apporter une aide pour faire les courses, le ménage et instaurer un lien social ; le rapport Laroque les surnomme « le pivot du maintien à domicile ». Les aides à domicile peuvent être employées grâce au service prestataire ou mandataire ou un emploi direct.

Le service prestataire intervient auprès des populations dites « fragiles » c'est-à-dire les personnes âgées, avec un handicap, en difficultés, avec un tarif encadré par le Conseil Départemental depuis la loi du 28 décembre 2015 qui « simplifie l'encadrement des services d'aide et d'accompagnement ».

Quant au service mandataire, l'aide à domicile est employée par une personne via un organisme afin de mettre en relation les deux personnes et de les aider lors des documents administratifs comme les contrats de travail ou les demandes de congés, cet organisme sert d'intermédiaire entre les deux parties. La personne règle donc directement l'aide à domicile et paye des « charges » à l'organisme pour la mise en relation avec l'aide à domicile. Ces services ne dépendent pas du Conseil Départemental comme le service prestataire mais ils sont agréés par la DIRECCTE (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi).

Pour avoir accès à ce service, une aide financière est possible en fonction de plusieurs critères de la personne comme son niveau d'incapacité à réaliser les tâches et/ou ses ressources financières. Le mode de règlement le plus souvent utilisé pour l'emploi direct est le CESU (Chèque Emploi Service Universel) afin de simplifier tous types de démarches administratives, sinon le prix des prestations dépend des services à domicile ainsi que de leur localisation.

Ces aides à domicile sont souvent regroupées dans une structure, soit cette structure est consacrée uniquement aux aides à domicile comme le SAAD (Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile), soit cette structure regroupe plusieurs professions telles les infirmiers et les aides à domicile comme le SPASAD (Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile).

- Les prestataires de santé à domicile (PSAD).

Les PSAD (4) fournissent aux patients les besoins matériels utiles lorsqu'ils sont dépendants, en situation de handicap ou de maladie. Ces fournisseurs permettent la **mise à disposition de matériels** destinés au maintien à domicile de la personne.

On retrouve plusieurs catégories de prestataires, souvent ce sont les entreprises du secteur privé qui interviennent, celles-ci peuvent soit travailler seules, soit en collaboration avec différents professionnels de santé comme le pharmacien. Les PSAD peuvent intervenir auprès des patients sous deux formes, soit de manière directe lorsque le patient vient directement dans la structure avec une ordonnance du médecin ou une demande spontanée, soit de manière indirecte, en sous-traitance par les pharmaciens d'officine ou les HAD. En fonction du type de prestataires, ils peuvent réaliser trois types d'interventions auprès des patients. En effet, ils peuvent prendre en charge des pathologies chroniques telles le diabète, l'insuffisance respiratoire et autres qui nécessitent un suivi régulier et un matériel adapté.

Les prestataires peuvent également participer aux traitements ambulatoires nécessaires pour la santé du patient tels que la chimiothérapie, la nutrition entérale ou parentérale ou encore les traitements par voie veineuse lorsque le patient est incapable de le prendre par une autre voie. Et enfin, ils peuvent intervenir auprès des patients nécessitant du maintien à domicile en fournissant le matériel nécessaire.

b) Les financeurs publics et privés.

Généralement, lorsqu'une personne a besoin d'aide et/ou de matériel afin de faciliter son maintien à domicile, elle fait appel généralement à l'Assurance Maladie, qui prend en charge le matériel dans le cadre de la Listes des Produits et Prestations (LPP). Si la personne est âgée ou handicapée, elle peut également bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

L'APA existe depuis 2001 et elle a été revalorisée et améliorée lors de la loi du 28 décembre 2015 en prenant davantage en compte l'environnement et l'entourage de la personne et **en développant des actions de prévention.** (5)

Cette aide est nécessaire afin que les personnes puissent rester vivre à domicile malgré leur perte d'autonomie et payer une partie de leurs dépenses. Ces dépenses peuvent concerner de nombreux éléments comme des prestations d'aide à domicile, du portage de repas et notamment du matériel ainsi que des aides pour l'incontinence urinaire.

Afin de bénéficier de l'APA, de nombreuses caractéristiques sont nécessaires. Il faut avant tout être âgé de 60 ans et plus, résider en France « de façon stable et régulière » et être en situation de perte d'autonomie avec un degré allant du GIR 1 à GIR 4 diagnostiqué par l'équipe médico-sociale de l'APA après avoir reçu une demande d'APA. Cette composition d'équipe varie en fonction des départements, elle peut être constitués de médecins, travailleurs sociaux, infirmiers ou encore du personnel administratif.

Cependant, le montant attribué dépend du niveau de revenus de la personne, il est possible qu'une participation progressive soit nécessaire si les revenus sont trop élevés. Le montant accordé par l'APA dépend du GIR et ce montant est plafonné, il est donc impossible de dépasser les montants maximaux fixés.

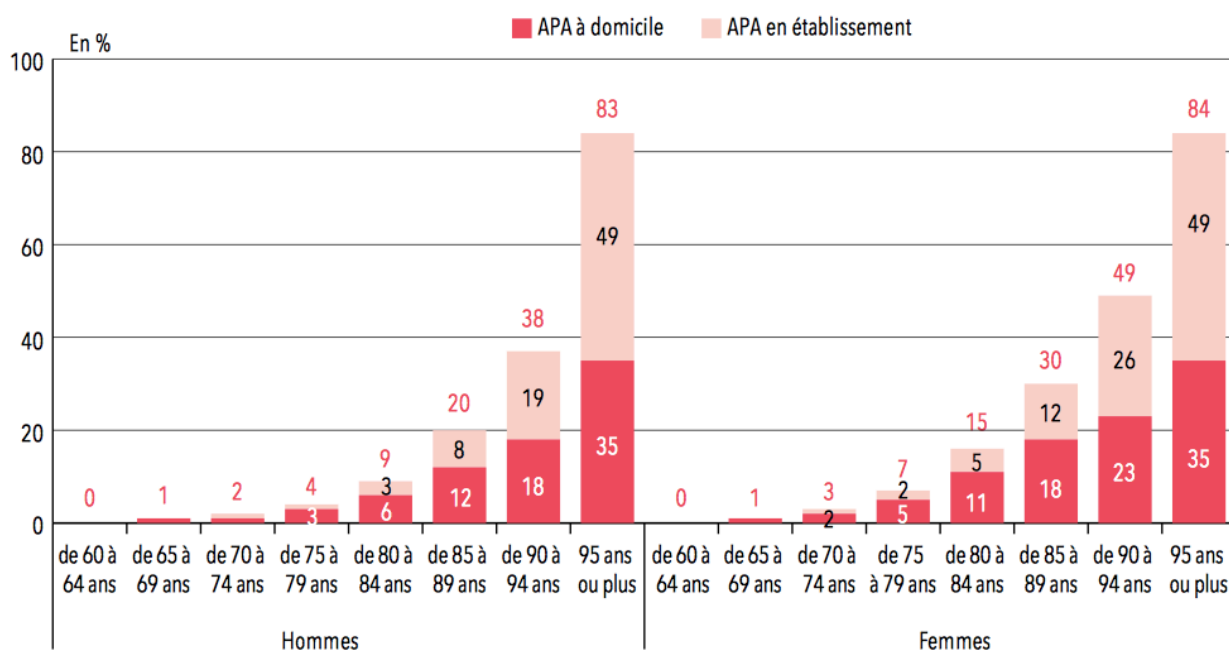
Figure 2 : Montants maximaux fixés en fonction du GIR, au 1^{er} janvier 2019.

Degré de perte d'autonomie	Montant maximum
GIR 1	1737,14€/mois
GIR 2	1394,86€/mois
GIR 3	1007,83€/mois
GIR 4	672,26€/mois

Le GIR correspond à différents niveaux de la perte d'autonomie de la personne, il est calculé en fonction de la grille AGGIR. Cette grille permet de mesurer différentes capacités chez les personnes âgées, elle contient 10 activités corporelles et mentales dites « activités discriminantes » et 7 activités domestiques et sociales « activités illustratives » (**Annexe 1**) mais seules les 10 activités corporelles sont déterminantes pour le GIR. (6)

En 2016 (7), 8% des personnes de 60 ans ou plus bénéficient de l'APA en France, ce pourcentage est notamment plus conséquent chez les femmes (10% contre 5% chez les hommes).

Figure 3 : Part des bénéficiaires de l'APA dans la population par sexe et tranche d'âge, fin 2016. (8)



Il existe également la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) (9), c'est également une aide financière versée par le département. Elle est destinée aux personnes nécessitant de l'aide dans la réalisation d'actes de la vie quotidienne pour cause d'handicap. Son attribution financière dépend de trois critères, notamment l'âge de la personne, de son niveau de difficultés et de besoins et de son lieu de résidence (il faut résider en France comme pour l'APA « de façon stable et régulière »). Cette aide n'est pas cumulable avec l'APA.

Lorsqu'une personne ne rentre pas dans les critères pour bénéficier de l'APA ou de la PCH, il est possible de se faire aider par sa caisse de retraite (10) que ce soit pour une aide matérielle ou une aide financière. Chaque type d'aides va dépendre de la caisse de retraite dont la personne âgée dépend ainsi que de ses ressources. Des complémentaires peuvent exister au niveau du conseil régional en fonction de la région habitée.

c) Les professionnels de santé.

- Les médecins.

Le médecin tient une place importante dans la prise en charge du malade à domicile, il permet d'évaluer le besoin du patient en fonction de sa pathologie ou de son niveau de dépendance. De plus, le médecin généraliste connaît bien les patients qu'il côtoie depuis de nombreuses années sur leur état de santé (les pathologies) et leur mode de vie. Cependant, celui-ci n'a actuellement **pas de formation** sur le maintien à domicile lors de son cursus universitaire en Picardie et au regard des différents matériels disponibles, des modalités de prescription et de remboursement, leurs prescriptions peuvent être imprécises voire incomplètes au détriment des bénéficiaires.

- Les infirmiers diplômés d'État (IDE).

Les IDE sont souvent les professionnels les plus proches du malade, ils orientent souvent la prescription du médecin par la connaissance des besoins exacts du patient. Tout récemment, l'IDE peut bénéficier d'une formation complémentaire en pratique avancée qui reconnaît ses compétences vers un plus haut niveau de maîtrise par rapport à celles de l'infirmière diplômée d'État. Ainsi, l'infirmier en pratique avancée (IPA) peut prescrire des « dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale obligatoire dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé » (Art R.4301-3 du CSP, décret n°2018-629).

Cette liste de dispositifs médicaux figure dans l'article L.4311-1 du CSP, on peut retrouver des aides à la déambulation (cannes, béquilles, déambulateur et embouts de canne), des aides à la fonction respiratoire (débitmètre de pointe), des fauteuils roulants manuels de classe 1 (en location pour une durée inférieure à 3 mois), des prothèses capillaires et des prothèses mammaires externes.

- Les pharmaciens.

Le maintien à domicile fait également partie de l'activité d'un pharmacien d'officine, même si cela représente une faible part de son activité, il peut dispenser du matériel à ses patients s'ils en ont besoin avec ou sans l'aide d'un prestataire en fonction du développement de cette activité. Cette activité tend à augmenter selon un rapport de l'INSEE mais le pourcentage d'activité reste encore très faible puisqu'en 2012, seulement 3,7% du chiffre d'affaires est consacré aux articles médicaux comprenant la location du matériel médical.

Figure 4 : Structure des ventes des pharmacies en 2000, 2006 et 2012. (11)

Produits pharmaceutiques	Part du chiffre d'affaires (en %)			Contribution à l'évolution du chiffre d'affaires (en %)	
	en 2000	en 2006	en 2012	entre 2000 et 2006	entre 2006 et 2012
Médicaments remboursables	85,0	79,3	75,8	54,7	64,5
Médicaments non remboursables	8,2	11,3	11,6	24,9	12,4
Parapharmacie	3,3	3,8	6,0	5,9	13,1
<i>Hygiène et beauté</i>	2,5	2,6	4,4	3,3	10,0
<i>Diététique</i>	0,8	1,2	1,6	2,6	3,1
Autres	3,5	5,6	6,6	14,5	10,0
<i>dont articles médicaux et orthopédiques</i>	1,0	2,1	3,7	6,5	9,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Note : la modalité « Parapharmacie » désigne les produits d'hygiène et beauté ainsi que les produits diététiques. La modalité « Autres » comprend notamment les articles orthopédiques ou médicaux et la location de matériel médical et paramédical.

Source : Insee, EAE 2000 et 2006 et Esane 2012.

En 2008, dans le livre « Le matériel du maintien à domicile » (12) co-écrit par un pharmacien d'officine, il évoque le rôle du pharmacien dans le maintien à domicile, même si celui-ci développe plus ou moins cette activité, le pharmacien peut toujours répondre à une demande du patient. Contrairement à B. ENNUYER (13), sociologue, qui n'évoque pas le pharmacien comme professionnel de santé impliqué dans le maintien à domicile dans sa deuxième édition datant de 2014.

III. OBJECTIFS.

L'objectif de ce travail de thèse a été de découvrir à travers une étude de terrain faite auprès de prestataires de santé à domicile (PSAD) et de pharmaciens, les différents modes d'organisation du maintien à domicile d'un patient âgé en post-AVC qui sort d'hospitalisation.

IV. MATÉRIELS ET MÉTHODES.

Le point de départ a été de préparer un cas clinique concernant un patient âgé sortant d'une hospitalisation nécessitant un besoin important de matériel pour son retour à domicile. Dans un premier temps, l'intérêt de l'enquête est de se mettre dans la peau d'une famille et d'un patient pour évaluer les prises en charge selon les différents PSAD et pharmaciens impliqués dans le MAD.

Cas clinique présenté aux professionnels.

Monsieur D. 79 ans, a fait un accident vasculaire cérébral (AVC) hémorragique il y a 6 mois. Avant son AVC, il pesait 88 kilos pour 1,70m (IMC = 30,45 : obésité modérée), à ce jour, Monsieur A pèse 66 kilos (IMC = 22,84 : poids idéal).

Il est marié depuis 47 ans, a un fils qui habite loin et une fille décédée d'un cancer il y a 3 ans. Retraité depuis 12 ans comme ouvrier dans une usine de métallurgie, il s'occupe de son jardin et de ses plantes.

Sa femme a été mère au foyer et a eu un infarctus du myocarde, il y a 4 ans.

Ses antécédents personnels sont une hypertension artérielle, un diabète de type II et un tabagisme actif pendant 40 ans (sevrage lors de sa retraite).

Après sa rééducation, Monsieur D. n'a aucune séquelle mentale, néanmoins il n'a pas récupéré tout l'usage de sa jambe gauche à cause de l'hémiplégie du membre inférieur et l'hémi-parésie du bras gauche.

Il se tient debout grâce à la force de sa jambe droite mais il est obligé d'utiliser une aide pour la marche et pour la vie quotidienne.

Monsieur D souhaite des aides afin de faciliter son retour à domicile, notamment pour son incontinence urinaire, il lui est nécessaire d'avoir un étui pénien avec un diamètre de 29 mm, des poches de recueil urinaire (de 800 mL), des attaches de jambe, des changes complets, des alaises et un pénilex. Afin de faciliter sa mobilité quotidienne à l'intérieur et à l'extérieur de la maison, il lui a été conseillé un déambulateur à roulettes, un fauteuil roulant avec plus ou moins un coussin anti-escarre, une planche et un disque de transfert et une rampe d'appui. Pour son confort et sa sécurité, il est conseillé un lit médicalisé avec les accessoires nécessaires et un matelas adapté pour la prévention des escarres. Pour les repas, il est nécessaire d'avoir une table de lit adaptable pour le soir ainsi que du matériel adapté comme un couteau, une fourchette, une assiette à rebord, un set antidérapant...

Figure 5 : Liste des dispositifs médicaux proposés à Monsieur D pour son retour à domicile par catégories de besoins.

- ⇒ Pour son problème d'incontinence urinaire :
 - Étuis péniens (diamètre de 29mm).
 - Poches de recueil (800 mL).
 - Attaches de jambe.
 - Changes complets.
 - Alaise.
 - Pénilex.

- ⇒ Pour faciliter sa mobilité quotidienne à l'intérieur et à l'extérieur de la maison :
 - Rollator.
 - Fauteuil roulant si position assise longue, il est conseillé de se fournir un coussin anti-escarre.
 - Planche de transfert.
 - Disque de transfert.
 - Rampe d'appui.

- ⇒ Pour son confort et sa sécurité :
 - Lit médicalisé.
 - Matelas (prévention des escarres).

- ⇒ Pour les repas :
 - Table de lit adaptable (pour le soir).
 - Couteau fourchette adapté, assiette à rebord, set antidérapant...

- ⇒ Pour sa toilette :
 - Douche ? Siège de bain ?
 - Aide à l'habillage : enfile boutons, lacet élastique, pince d'aide à l'habillage...
(peut-être pas nécessaire si aide associée (aide-soignante/ aide-ménagère))

De plus, la salle de bain n'est pas adaptée pour la toilette de Monsieur D., il souhaiterait une douche, un siège de bain ainsi qu'un aménagement adéquat de son lieu de vie.

Pour son retour à la maison, monsieur D bénéficie d'une aide-soignante qui passe le matin pour la toilette et d'une aide-ménagère qui passe matin et soir pour le lever et le coucher et la petite toilette.

La méthodologie a consisté à contacter des PSAD et des pharmaciens pour prendre un rendez-vous afin de leur proposer cette enquête.

Dans un second temps, un guide d'entretien ciblé a été réalisé pour alimenter la discussion avec les pharmaciens et PSAD selon leurs compétences et leur domaine d'activité.

Guide d'entretien aux professionnels dans le cadre de leur activité sur le maintien à domicile.

- Avez-vous un aménagement particulier au sein de votre structure consacrée au maintien à domicile ?
- Quels diplômes avez-vous afin de pouvoir pratiquer cette activité ?
- Travaillez-vous en collaboration avec des prestataires ? Si oui, sont-ils d'ordre privé ou public ?
- Pratiquez-vous des astreintes concernant le matériel ?
- Effectuez-vous une visite préalable au domicile du patient avant toute installation ?
- Effectuez-vous un suivi post-installation ?
- Quel est le délai en moyenne pour fournir le matériel au patient ?
- Pensez-vous que le lien ville-hôpital est suffisant au retour des patients avec un besoin important de maintien à domicile ?
- Pratiquez-vous de la publicité concernant votre activité sur le maintien à domicile ?

V. RÉSULTATS.

L'enquête a été proposée à plusieurs pharmaciens (n = 4) et PSAD (n = 6). Nous avons pu obtenir 6 rendez-vous avec 3 pharmaciens et 3 PSAD (Figure 6).

Plusieurs professionnels de santé ont refusé l'enquête par manque de temps ou de connaissances sur l'activité du maintien à domicile.

Le temps moyen consacré aux rendez-vous a été de 90 minutes.

Figure 6 : Les différents professionnels en fonction de leur activité.

Pharmacie 1	Petite pharmacie de quartier, avec une clientèle fidèle. Le pharmacien sous-traite avec un prestataire public et un prestataire privé.
Pharmacie 2	Pharmacie sur un grand axe routier avec beaucoup de passage, possède un parc à lit (pour faire ses propres locations de lit) mais sous-traite avec un prestataire en partie mais essaye de développer son activité dans le maintien à domicile.
Pharmacie 3	Pharmacie qui sous-traite mais s'investit au domicile des personnes en faisant les visites (avant et après installation).
Prestataire 1	Prestataire qui travaille en collaboration avec les pharmaciens.
Prestataire 2	Prestataire indépendant avec de nombreux magasins qui se développent dans le Nord de la France.
Prestataire 3	Prestataire intégré à une firme nationale.

Les résultats pour répondre au cas clinique exposé ont été regroupés par divers domaines :

1. Prise en charge du patient par le professionnel.

Sur les 6 personnes rencontrées, il y en a cinq qui prennent en charge directement la famille et le patient lors d'une sortie d'hospitalisation. Le prestataire 1 ne prend pas en charge la famille, ce dernier travaille avec les pharmaciens soit il contacte la pharmacie habituelle du patient, soit il redirige les patients vers leur pharmacie afin que celle-ci le prenne en charge. Les prestataires réalisent un audit au domicile du patient. Les trois pharmaciens interrogés ne font pas l'audit directement, ils délèguent cette tâche à leurs prestataires et les pharmaciens en discutent dans un second temps avec le patient et sa famille.

En généralité, les pharmaciens proposent du petit matériel en supplément de la prescription médicale afin que le patient ait un confort de vie maximal. Le prestataire 1 suit, dans la majorité des cas, la prescription de l'ordonnance et il donne des conseils sur l'aménagement de l'habitation afin de mieux préparer l'arrivée du matériel, lorsqu'il s'aperçoit que certaines choses seraient utiles au patient, il le note sur l'audit et il en discute après avec les pharmaciens afin que ceux-ci conseillent au mieux le patient. Ce prestataire fonctionne ainsi car il ne connaît pas les prix fixés par le pharmacien.

Enfin, les prestataires 2 et 3 suivent la prescription médicale, ils ajoutent du petit matériel mais également du matériel qui ne sera pas pris en charge par la sécurité sociale pour le patient comme des changes complets ou encore des ustensiles afin d'adapter au mieux l'autonomie du patient.

a) Prise en charge du matériel de la chambre.

Les six professionnels ont avant tout calculé le risque pour le patient d'avoir des escarres afin de lui délivrer le matelas anti-escarre adapté. Pour ce faire, ils ont utilisé l'échelle de Norton et obtiennent en moyenne un score de 13 sur 23 (score maximal) pour le patient correspondant à une condition physique pauvre, une condition mentale apathique, à une activité réduite : marche aidée, mobilité peu limitée et à une incontinence urinaire d'où un risque moyen d'avoir des escarres, il faut donc lui conseiller un matelas de type IB. De plus, les trois pharmaciens préconisent un lit médical ainsi qu'une potence pour le patient et on peut ajouter des accessoires si besoin afin de sécuriser le patient dans ses habitudes de vie. Les prestataires 2 et 3 préconisent également un lit médical avec le matelas mais ils ajoutent systématiquement des accessoires pour le patient comme des barrières et ses protections, un oreiller ou encore un cerceau.

b) Prise en charge de l'incontinence urinaire.

Les pharmaciens conseillent des étuis péniens ainsi que des poches et dans l'idéal prendre des changes complets si le patient a des fuites urinaires. Les prestataires cherchent avant tout le confort du patient en lui proposant des changes complets, des alèses adaptées au lit médical, ainsi que des poches et les attaches qui leur correspondent.

c) Prise en charge de la mobilité.

Cinq professionnels ont conseillé un fauteuil roulant afin d'avoir un confort et une mobilité indispensable pour la vie du patient. De plus, ils ont conseillé un déambulateur ou un rollator afin de faciliter les déplacements du patient dans des endroits plus restreints ou si le patient a des forces pour limiter le fauteuil roulant.

Pour les prestataires, la mobilité du patient inclut également le confort pour des aidants, aussi ils préconisent tous les deux, soit une planche de transfert, soit un soulève-malade afin d'alléger le travail des aidants. De plus, ces deux prestataires conseillent également un fauteuil de confort pour un repos optimal du patient.

d) Prise en charge de l'aide au repas.

Au niveau de la prise en charge de l'aide au repas, ils ont tous conseillé à l'unanimité une table adaptée pour le lit ou pour le fauteuil. La pharmacie 3 conseille davantage de matériels en proposant des ustensiles adaptés pour le patient comme un ouvre bocal automatique, des couverts adaptés au handicap. Le prestataire 2 lui, conseille un support antidérapant afin de tenir les ustensiles sur la table et d'éviter de les renverser.

e) Prise en charge de la toilette.

Au niveau de la prise en charge de la toilette, les professionnels conseillent un aménagement de la salle de bain afin de faciliter les déplacements du patient avec son moyen de mobilité et de faciliter les soins d'hygiène pour les aidants. Les prestataires de service conseillent directement l'entreprise avec laquelle ils sont en collaboration pour aménager la salle de bain, tout en laissant le choix au patient. L'aménagement de cette salle de bain inclut un siège de bain avec une barre de maintien pour la sécurité du patient.

2. L'organisation du professionnel dans le domaine du maintien à domicile.

Dans un deuxième temps, les questions citées dans la méthodologie ont été posées aux différents professionnels de santé concernant l'organisation et le développement du maintien à domicile au sein de leur structure.

a) L'aménagement du lieu d'exercice.

Au niveau de l'aménagement, les prestataires possèdent tous un local de stockage pour le matériel. Les prestataires 2 et 3 ont également un lieu d'exposition du matériel situé au même endroit que le lieu de vente, cependant leur stockage se situe dans un entrepôt différent à quelques kilomètres du lieu de vente.

Sur les trois officines, uniquement la pharmacie 2 possède un parc à lits en plus de son activité officinale, la pharmacie 3 possédait également un parc à lits mais elle a cessé cette activité par manque de temps et de personnels, et la pharmacie 1 n'a pas de local dédié au MAD.

b) Diplômes et formations.

Au niveau des diplômes, pour les trois prestataires interrogés, aucun n'a de diplôme pour vendre ou louer du matériel médical mais ils ont suivi une formation réglementaire afin d'exercer ce métier. Ils suivent des formations continues généralement en interne tout le long de leur carrière. Cependant, pour l'oxygénothérapie, la présence d'un pharmacien diplômé des bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène (BPDO) est obligatoire. Sur les trois pharmaciens rencontrés, ils sont tous docteurs en pharmacie et ont le diplôme Universitaire de maintien à domicile qui n'est pas obligatoire pour délivrer des dispositifs médicaux. Dans la pharmacie 3, le pharmacien possède l'agrément Centre d'Étude et de Recherches sur l'Appareillage des Handicapés (CERAH) nécessaire pour vendre des fauteuils roulants et ne pas faire uniquement de la location.

c) Collaboration entre différents professionnels.

Au niveau du travail en collaboration avec des prestataires, les pharmacies 1 et 3 « sous-traitent » l'activité du maintien à domicile par manque de temps et d'espace et la pharmacie 2 possède quelques lits mais sous-traite dans la majorité des cas. Les pharmaciens travaillent en collaboration avec différents prestataires, publics comme Oxypharm / Orkyn et/ou privés comme Confort du malade / Stock médical en fonction de leurs besoins. En effet, les pharmacies 1 et 2 travaillent en collaboration avec un prestataire privé lorsque le délai de livraison est urgent, si la personne a besoin du matériel dans la journée.

Lorsque le matériel est nécessaire pour le lendemain, les trois pharmaciens travaillent avec Oxypharm qui garantit une livraison dans les 24h suivant la commande. Les deux prestataires privés livrent du jour au lendemain, maximum 48h après si le stock est insuffisant.

Lors d'une sous-traitance, les pharmaciens disent que le prestataire est équivalent à ses « yeux ». En effet, lorsque le patient nécessite une installation de matériel, le prestataire public qui travaille avec les pharmaciens prend en charge la visite au préalable avant l'installation, le suivi de l'installation ainsi que les astreintes et les réparations concernant le plus gros du matériel. Dans ce cas-là, les trois pharmaciens n'effectuent pas de visite du domicile avant l'installation, ni de réparation et d'astreinte. Cependant, ils réalisent tout de même un suivi post-installation du matériel lorsque le patient et/ou sa famille vient à la pharmacie et ils relancent les patients afin de les conseiller lorsqu'il est possible pour eux de renouveler le matériel.

A ce niveau-là, les prestataires 2 et 3 fonctionnent sensiblement de la même façon, en effet ils ne font pas de visite au préalable avant l'installation au domicile, néanmoins ils conseillent aux patients de faire de la place afin d'aménager le matériel. De plus, ils ont tous les deux une astreinte lorsqu'il y a un problème dans le matériel et ils ne font pas de suivi auprès des patients, il peut y avoir un suivi uniquement si les patients passent à nouveau dans le magasin.

d) Communication avec l'hôpital.

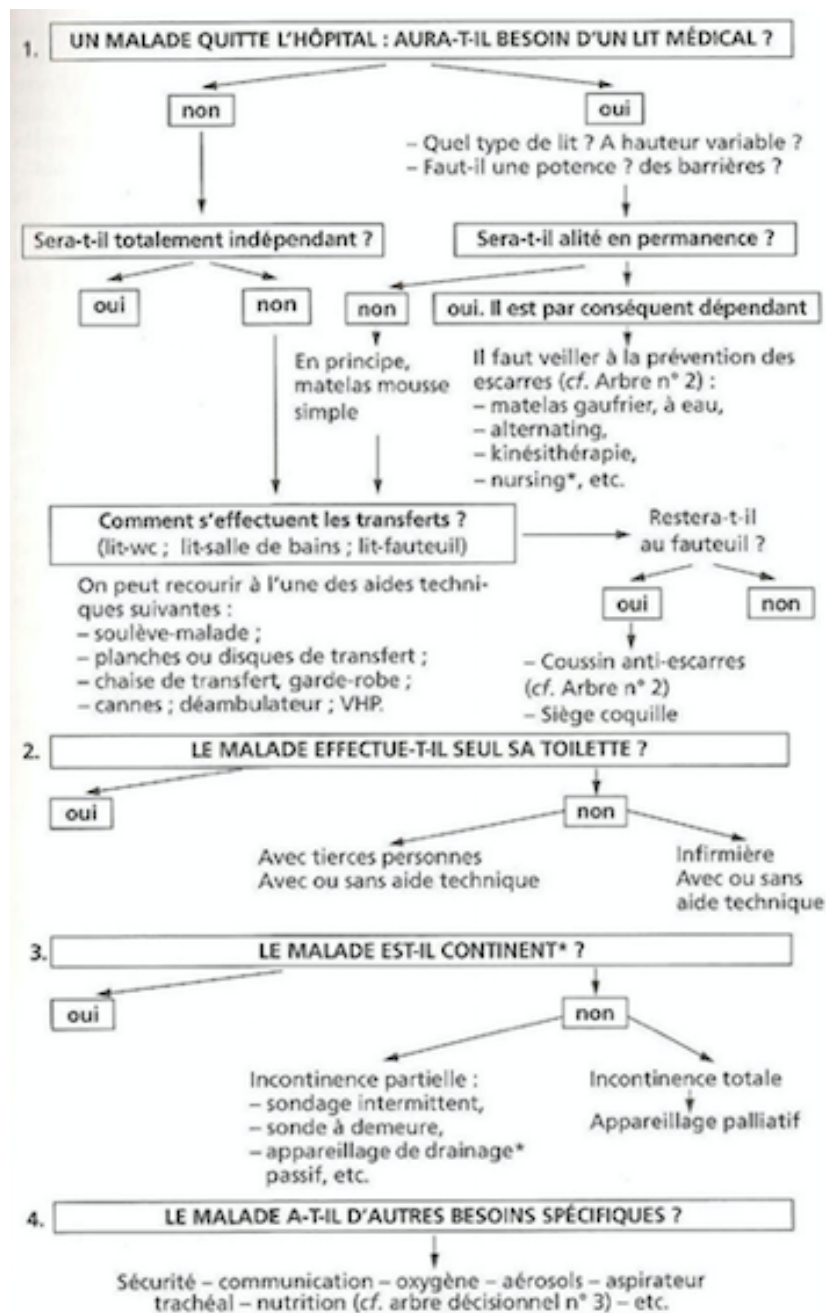
Au niveau du lien ville-hôpital, les prestataires 2 et 3 démarchent auprès des patients afin de faire de la publicité concernant le matériel médical, ils ont également la possibilité de faire de la publicité dans les journaux locaux. Pour le prestataire 1, l'hôpital contacte les conseillers médicotextiques (CMT) qui font également du démarchage afin de faire « rentrer » les pharmaciens dans le maintien à domicile de la personne. Pour les trois pharmaciens, il n'existe aucun lien ville-hôpital et pratiquement aucune anticipation du retour à domicile, le seul moment où les pharmaciens sont au courant du retour à domicile de la personne, c'est lorsque la famille se renseigne et contacte le pharmacien pour la mise en place d'aide. De plus il est interdit aux pharmaciens de faire de la publicité auprès de la patientèle.

VI. DISCUSSION.

A. Différents types de dispositifs médicaux.

Afin d'aider le patient dans son retour à domicile, différentes aides (14) peuvent être mises en place en fonction des besoins du patient, pour cela, il est possible de suivre un arbre décisionnel pour effectuer une prescription médicale adaptée pour le patient.

Figure 7 : Arbre décisionnel selon les besoins du patient (12).



1. Aménagement de la chambre.

Les pharmaciens interrogés proposent du matériel inscrit sur la LPP qui sera donc pris en charge, il s'agit de lit médicalisé adapté au patient, au matelas anti-escarre en fonction du risque et d'accessoires type barrière et potence. Contrairement aux prestataires qui eux, conseillent un lit médicalisé également, un matelas anti-escarre sans « calculer » le risque avec l'échelle de Norton et des accessoires pour le confort et la sécurité qui ne sont pas forcément pris en charge.

Selon la LPPR, le matériel nécessaire à la chambre afin de sécuriser la personne à domicile afin de la sécuriser, de faciliter son lever et son coucher et faciliter le travail des aidants est soumis à une réglementation comme vu précédemment.

a) *Le lit et ses accessoires.*

Lors d'une prescription médicale, le lit médicalisé (15) sera prescrit en location uniquement si la personne est atteinte d'une pathologie régressive ou en phase terminale et/ou si la personne a un poids supérieur à 135kg et/ou si c'est un enfant entre 3 et 12 ans. A contrario, le lit médicalisé sera prescrit à l'achat si la personne a un déficit fonctionnel non régressif, ces lits sont dits « spécialisés » car ils doivent répondre à des besoins spécifiques du patient (en raison de sa taille ou de sa pathologie). Le lit doit posséder **au moins deux fonctions électriques pour être pris en charge**, ces deux fonctions doivent obligatoirement comprendre soit la hauteur variable, soit le relève-buste, le reste peut être le relève-jambe ou la plicature des genoux. Tous les lits et les accessoires doivent respecter la norme NF EN 1970 « relative aux lits réglables pour les personnes handicapées et son amendement » (NF EN 1970/A1)

On retrouve différentes catégories de lits pour répondre à chaque besoin de patient, comme le **lit médical standard** qui possède une hauteur variable (de 33 à 83 cm), un relève buste électrique, avec une inclinaison maximum de 70° et un relève jambes manuel par crémaillères, ce lit sera sur roulettes accompagné par un système de frein afin de garantir la sécurité du patient. Ce type de lit n'est pas recommandé pour une pathologie particulière.

Figure 8 : Lit médical standard.



Ensuite, on retrouve le lit médical **pour les personnes atteintes de démence**, comme la maladie d'Alzheimer, ce lit possède une hauteur variable (de 20 à 66 cm), un relèvement buste électrique et un relèvement jambes manuel. Ce type de lit se règle le plus bas possible, proche du sol, pour éviter les chutes.

Figure 9 : Lit médical Alzheimer.



Il existe également un lit médical **à 3 fonctions ou à plicatures**, avec une hauteur variable (de 33 à 83 cm), un relèvement buste électrique et un relèvement jambes électrique ou plicature des genoux. Ce type de lit prévient l'apparition des escarres puisqu'il permet d'avoir une pression moins forte au niveau des talons en relevant ceux-ci et la zone sacrée subit moins de cisaillement. De plus, il permet une meilleure stabilité au patient puisqu'il a moins de risque de glisser ce qui donne moins d'efforts aux soignants pour le relever. Il peut également être proposé aux patients très grands (avec une taille supérieure à 1,85m) de retirer le pied de lit et d'ajouter une rallonge de lit et un matelas, ce type de lit propose des barrières qui ne mesurent pas toute la longueur du lit afin d'avoir un espace de sortie.

Figure 10 : Lit médical à 3 fonctions ou à plicatures.



Les lits médicalisés **pour les enfants âgés de 3 à 12 ans** possèdent avec une hauteur variable (de 30 à 82 cm), un relèvement buste électrique (avec un angle conséquent, allant de 0 à 85°) et un relèvement jambes électrique ou plicature des genoux. Ce type de lit possède des barrières pleines afin d'avoir un espace de sortie très réduit.

Figure 11 : Lit médical enfants.



Les lits **appelés « fortissimo »** sont proposés pour les patients avec un poids compris entre 135 et 270 kg, ils possèdent une hauteur variable (de 30 à 82 cm), un relèvement buste électrique et un relèvement jambes manuel. Il existe 4 modèles, qui diffèrent en fonction de la largeur du lit (110, 120, 140 ou 160 cm). Ce type de lit a une garantie de 5 ans, sa prise en charge est assurée pour les patients ayant perdu leur autonomie motrice. Cependant, la prise en charge sera assurée pour les patients atteints d'affections neuromusculaires. (16)

Les lits **pour couple** permettent au conjoint de continuer à partager son lit avec une personne nécessitant un lit médicalisé, et aident psychologiquement le patient puisqu'il ne change pas totalement ses habitudes de vie, c'est-à-dire avoir un nouveau lit et dormir seul, ce qui peut être bénéfique pour son moral et son acceptation de la pathologie.

Figure 12 : Lit médical pour couples.



L'ordonnance doit obligatoirement préciser le type de lit, l'âge et le poids de la personne, s'il s'agit d'une prescription en location ou à l'achat et les accessoires nécessaires pour le patient. Une partie des accessoires est remboursée s'ils sont prescrits avec le lit sur la même ordonnance, dans ce cas ils seront compris dans le forfait de livraison/achat. Dans un premier temps, les barrières sont souvent prescrites lors de la prescription d'un lit médicalisé, elles permettent au patient de ne pas tomber du lit. Il existe des barrières pliantes et des barrières coulissantes, ces différents types de barrières sont inscrits dans la LPP (code 1278821 (17)) à l'achat.

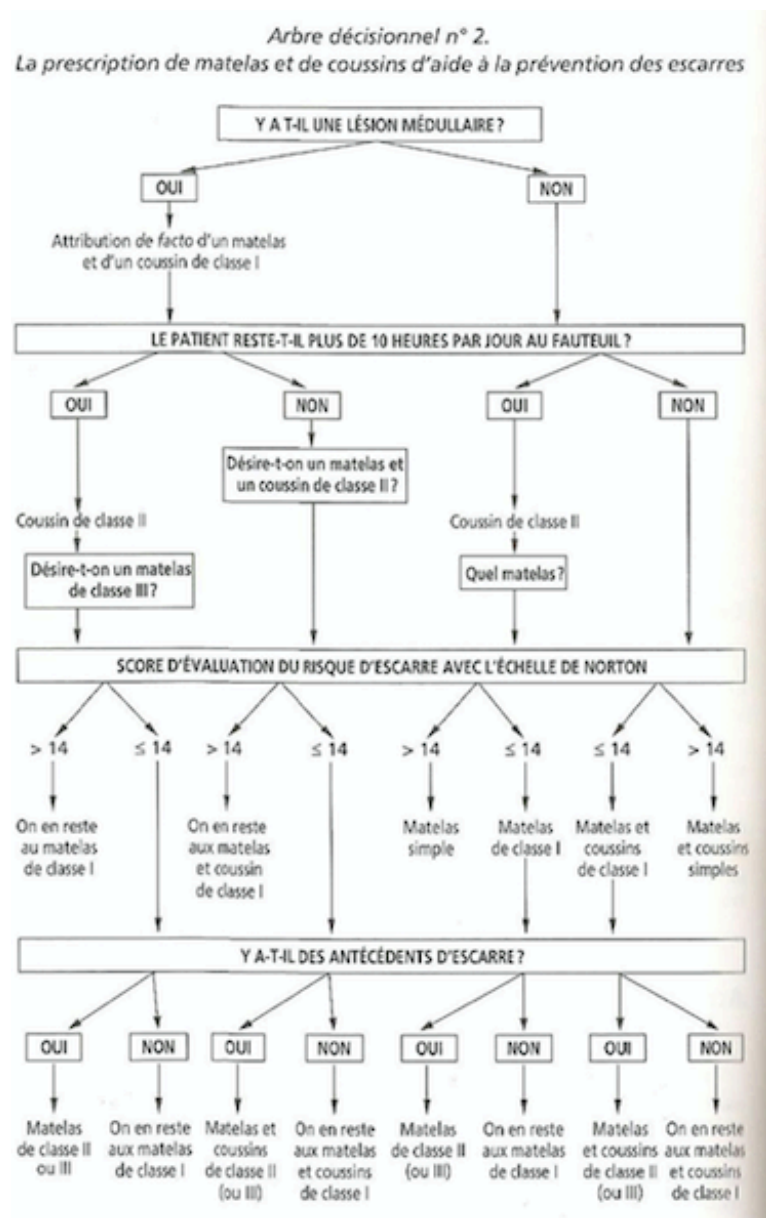
La prise en charge de la potence est incluse dans le forfait de location ou d'achat du lit, cette dernière permet au patient de se soulever, se redresser ou de prendre appui. Le dernier accessoire inscrit à la LPP (code 1225675 (18)) pour un achat est le cerceau afin d'éviter le contact entre le patient et les draps, généralement utilisé pour protéger un pied ou une jambe. Les autres accessoires tels la protection des barrières, l'appui-dos ou le relève-jambes ne sont pas remboursables, il en est de même pour le pied à sérum sauf si la personne est sous nutrition entérale.

b) Le matelas.

La prescription médicale de matelas est nécessaire avec une prescription de lit, avec une **prise en charge uniquement à l'achat**. Le premier type de matelas est en mousse, en une seule partie, peu confortable pour le patient. Dès qu'il y a un risque d'escarres pour la personne, il est préférable d'utiliser un matelas anti-escarres.

L'escarre est une nécrose ischémique des tissus cutanés et sous cutanés causée par une pression prolongée entre une saillie osseuse et un plan de contact. De nombreux facteurs peuvent être à l'origine de l'escarre, comme l'immobilité, la dénutrition/malnutrition, l'incontinence, la baisse du débit circulatoire, l'état de la peau ou encore le manque de motivation, c'est pour cela que lorsqu'un matelas anti-escarre est nécessaire, il faut utiliser l'échelle de Norton (**Annexe 2**) qui est l'échelle d'évaluation du risque d'escarre, elle est composée de 5 catégories : l'état physique, l'état mental, l'activité, la mobilité et l'incontinence. Des patients dont le score est inférieur ou égal à 14 ont un à risque de développer une escarre et en fonction du risque, le prescripteur conseillera le matelas adapté.

Figure 13 : Arbre décisionnel sur la prescription de matelas anti-escarre (12).



Ces matelas vont aider à la prévention et au traitement des escarres en augmentant la surface de contact ainsi que la circulation du sang et en diminuant les points de pression, les effets de cisaillement et de friction.

Ces matelas sont classés en **3 classes** (19) selon la LPPR, la classe I est faite soit pour des personnes avec un score inférieur ou égal à 14 sur l'échelle de Norton, soit pour des personnes avec des lésions médullaires, celle-ci est divisée en 2 classes : la IA et la IB qui sont différentes selon leur durée de renouvellement, 1 an pour la classe IA et 2 ans pour la classe IB.

La classe II est également pour les personnes avec un score inférieur ou égal à 14 sur l'échelle de Norton mais avec un antécédent d'escarres, le renouvellement s'effectue tous les 3 ans. Et enfin, la classe III (uniquement disponible pour les matelas), elle est également pour les personnes avec un score inférieur ou égal à 14 sur l'échelle de Norton, des antécédents d'escarres mais avec un renouvellement possible tous les 5 ans.

2. Prise en charge de l'incontinence du patient.

Selon le niveau d'incontinence, les professionnels font une prise en charge sensiblement similaires. En effet, ils préconisent tous les étuis péniens accompagnés de poches ou alors des changes complets avec un niveau d'absorption plus ou moins conséquents.

L'incontinence urinaire (IU) est définie comme étant « une perte involontaire d'urine (20) » cela peut poser un problème d'hygiène. L'incontinence concerne au minimum 2,6 millions de personnes de plus de 65 ans (21).

Il existe plusieurs types d'IU :

- **D'effort** : ces fuites proviennent lors d'un éternuement, d'un soulèvement de charges, d'un fou-rire, elles ne sont pas précédées d'une sensation de besoin et elles sont souvent dues à une faiblesse des muscles du périnée et/ou du sphincter urinaire.
- **Par hyperactivité de la vessie** : ces fuites provoquent un besoin pressant de vider sa vessie, la personne n'arrive pas à se retenir, elles sont la conséquence d'une perturbation de la contraction de la vessie.
- **Mixte** : ces fuites regroupent l'association de l'incontinence d'effort et celle par hyperactivité de la vessie.
- **Par regorgement** : ces fuites apparaissent lorsque la vessie est pleine, le trop plein d'urine va s'évacuer en laissant le reste de la vessie.

De nombreux moyens sont mis en place afin de limiter cette IU, notamment la rééducation périnéale, les médicaments, la chirurgie ou encore les aides à la vie quotidienne comme les étuis ou les poches à urine.

a) Les étuis et poches à urines.

Les étuis péniers sont utilisés chez les hommes afin de les aider dans leur incontinence, ils sont accompagnés d'une poche à urine afin de recueillir l'urine, ces étuis péniers se déroulent sur le pénis et sont maintenus par une bande adhésive. Puisqu'ils sont portés quotidiennement chez le patient, ils doivent être confortables, performants et ne pas causer d'atteintes cutanées. Ces étuis péniers sont inscrits à l'achat sur la LPPR (code : 1171979), ils sont disponibles en plusieurs tailles en fonction du diamètre de la verge, il ne faut pas faire la prise de mesure à l'officine, il existe des réglettes pour le patient, afin qu'il mesure à son domicile le diamètre de sa verge au repos. Il est recommandé de changer l'étui pénien, le joint de fixation et la poche tous les jours. Les poches collectrices sont souvent fixées au mollet ou à la cuisse du patient, elles ont une capacité de recueil comprise entre 500 et 800 mL. Il existe également des poches collectrices pour les personnes alitées avec une capacité supérieure aux poches de déambulation, elles peuvent contenir entre 1500 et 2000 mL. Ces poches sont inscrites sur la LPPR à l'achat.

Il existe également des aides matérielles auxquelles le pharmacien peut conseiller au patient, notamment si les toilettes ne sont pas à proximité du patient, il peut opter pour une chaise garde-robe ou chaise percée. Ces chaises percées sont prises en charge à l'achat (selon le code 1243302 de la LPPR). Elles présentent une assise avec un seau permettant le recueil des urines et/ou des matières fécales. Il est possible de conseiller des « pistolets » pour les hommes s'ils ont encore une autonomie de miction, cependant ceux-ci ne sont pas inscrits sur la LPPR, cela reste à charge du patient.

b) Les protections anatomiques.

Lorsque les différents dispositifs cités précédemment ne suffisent pas, il est possible de conseiller du matériel absorbant aux patients, plus généralement appelé « protections urinaires ». Il existe différentes formes de protections adaptées à chaque type de patients en fonction de l'importance des fuites, du sexe du patient, de son activité et de son autonomie ainsi que de sa corpulence. Il existe différentes catégories de protections urinaires (22), souvent

retrouvées à l'officine, ce type de protection n'est pas remboursé. Cependant, une partie du coût de ces protections peut être pris en charge par l'APA sur présentation d'un justificatif sur l'incontinence de la personne et si cette personne a plus de 60 ans.

En premier recours, le patient opte régulièrement pour les protections anatomiques, elles sont utilisées pour différentes formes de fuites urinaires, allant de légères à très fortes. On distingue également les sous-vêtements absorbants pour des fuites urinaires modérées à fortes. Ce sont des culottes ou des slips qui s'enfilent comme un sous-vêtement classique et se retirent en déchirant les côtés. Il existe également des changes complets qui conviennent pour les fuites urinaires modérées à très fortes, ils peuvent également être utilisés pour l'incontinence fécale. Ils sont surtout utilisés en établissement de santé lorsque les personnes sont alitées. L'avantage de ce type de produits est qu'il possède un témoin d'humidité pour indiquer le degré de saturation du change. Il est important de rappeler aux patients d'utiliser en premier recours les protections anatomiques ou les sous-vêtements et pas les changes complets puisque cela leur permet de garder un minimum d'autonomie lors des mictions et conseiller les changes complets uniquement pour les personnes grabataires. Pour la nuit, il est préférable d'opter pour des alèses ou des protèges matelas. Les alèses imperméables et réutilisables possèdent une prise en charge à l'achat selon la LPP (code 1207453 (23))

3. L'aide à la mobilité.

L'aide à la mobilité est **essentielle à l'autonomie**, pour cela de nombreuses solutions peuvent être proposées afin d'améliorer la mobilité quotidienne des patients pour permettre des déplacements avec du confort et de la sécurité.

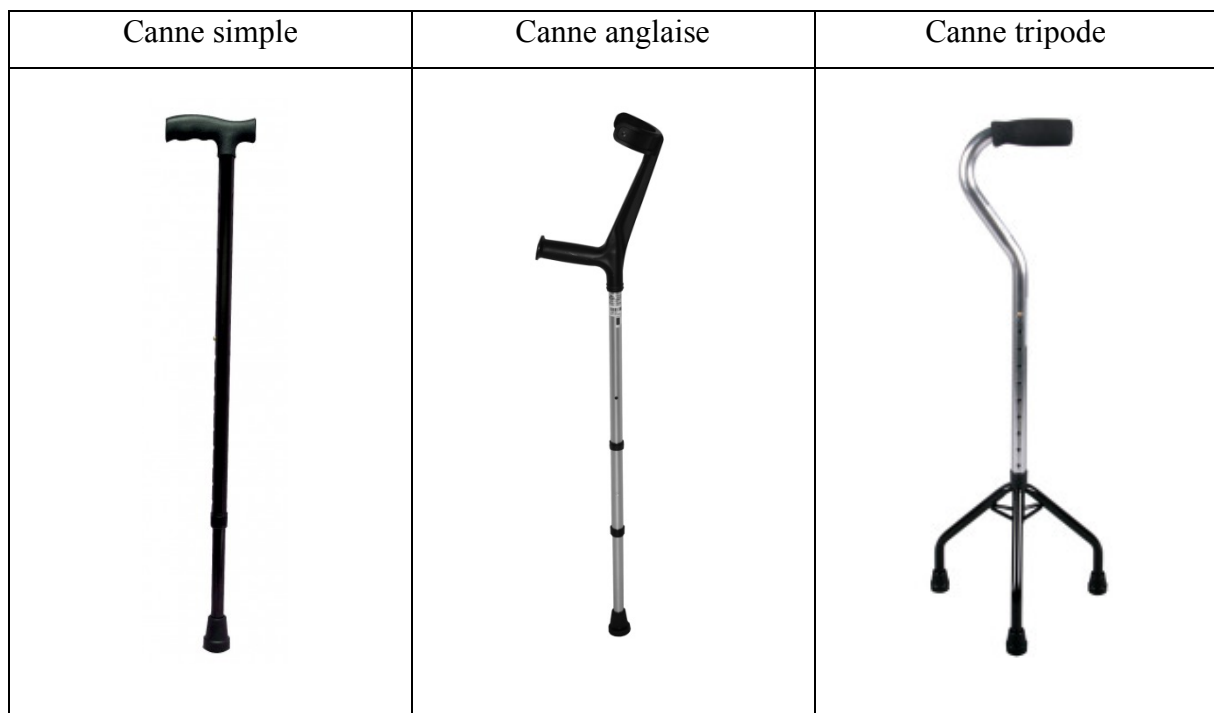
Selon les pharmaciens, la mobilité du patient est importante afin qu'il puisse garder son autonomie, ils conseillent donc du matériel pour que le patient n'ait besoin d'aide de personne, comme une canne, un déambulateur ou encore un fauteuil roulant. Pour les prestataires de service, la mobilité va au-delà des déplacements pratiqués par le patient, ils pensent également aux aides techniques pour les différents transferts réalisés par les aides à domicile.

a) *Les cannes.*

Dans un premier temps, il est possible de proposer des cannes aux personnes à mobilité réduite afin d'améliorer l'appui au sol. La prescription médicale doit être rédigée sur une ordonnance classique, pour une location ou un achat, en mentionnant le type de canne, ainsi que la durée en semaines. Peu importe le type de cannes dont a besoin le patient, elles sont prises en charge uniquement à l'achat (selon le code LPP 1270463 pour les cannes en bois et 1296787 pour les cannes métalliques réglables en hauteur).

On peut retrouver de nombreux types de cannes, comme la **canne simple** qui est utilisée pour rassurer le patient lors de ses déplacements, la **canne anglaise** ou « béquille » est utilisée pour faciliter la marche d'une personne en ayant un soutien grâce à ses appuis anti-brachial ou encore la **canne tripode** qui assure une meilleure stabilité et une sécurité optimale grâce à ses trois pieds d'appui, de plus, cette canne n'a pas besoin d'un support pour tenir, elle a une autonomie.

Figure 14 : Différents types de cannes.



b) *Le déambulateur ou rollator.*

Dans un second temps, le déambulateur ou rollator peut être proposé aux patients puisqu'il comporte quatre points d'appui permettant une meilleure stabilité. Ce produit est remboursable par la Sécurité sociale s'il est réglable en hauteur (code LPP 1285619 pour la vente et 1225646 pour la location), il est également possible de proposer une livraison car elle comporte un forfait (LPP 1290968). Le **déambulateur à cadre fixe** possède une hauteur réglable sur quatre ou cinq niveaux, le patient peut se reposer de manière stable en appuyant ses mains sur le cadre et il peut se déplacer avec une bonne stabilité. Néanmoins, ce dispositif a un double inconvénient : d'une part le patient doit posséder une force et une capacité de préhension suffisante pour s'en saisir et le soulever malgré sa légèreté, d'autre part l'équilibre est précaire lorsque le patient soulève le déambulateur car les patins se décollent du sol.

Il existe également des **rollators à deux ou quatre roues**. Le premier est constitué de deux roues à l'avant et deux patins à l'arrière, son emploi est facile puisqu'il suffit de le pousser en soulevant les patins. C'est un bon compromis entre le déambulateur et le rollator à quatre roues puisqu'il permet de garder un équilibre fixe tout en avançant en sécurité sans utiliser les forces physiques du patient, de plus, il peut être muni d'un siège afin de s'asseoir. Le rollator à quatre roues est plus maniable mais très peu utilisé puisqu'il demande de la part du patient une plus grande habileté et maniabilité notamment dans la gestion des appuis au sol et pour l'usage des freins.

Figure 15 : Aides techniques à quatre points d'appuis.



c) *Le fauteuil roulant.*

Le fauteuil roulant (24), également appelé « chaise roulante », permet aux personnes ne pouvant marcher de se déplacer en toute sérénité. Il se présente toujours avec un fauteuil accompagné de quatre appuis roulants. Cette aide technique peut être utilisée temporairement, en effet pour des patients présentant des fractures de jambes et ayant subi une lourde intervention chirurgicale, le fauteuil roulant leur permet de réaliser leur convalescence afin de récupérer leurs facultés. Il peut aussi être utilisé de manière régulière en cas d'handicap physique comme une paralysie des jambes ou une pathologie comme la sclérose en plaques. Il existe plusieurs catégories de fauteuils roulants, il faut trouver celui qui est le plus adapté au patient en fonction de son environnement, sa pathologie et son activité.

Le fauteuil roulant le plus simple est appelé **fauteuil roulant classique** ou fauteuil à pousser, il est généralement utilisé lorsque les aides à la marche citées précédemment ne sont plus suffisantes. Cependant, il est davantage par les personnes âgées lorsqu'elles ont une tierce personne pour les aider à pousser ce fauteuil grâce à des poignées situées dans le dos du patient puisque la propulsion du fauteuil est assurée par l'action des mains sur les roues, ce qui semble difficile pour une personne âgée possédant une faiblesse musculaire, c'est pour cela qu'une tierce personne peut pousser ce fauteuil grâce à des poignées situées dans le dos du patient. Ce type de fauteuils roulants est inscrit à l'achat sur la LPP (code 4263950 (25)) lorsque le dossier est inclinable.

Figure 16 : Fauteuil roulant classique.



Il existe également des fauteuils roulants à propulsion manuelle, quatre catégories de ces fauteuils sont inscrites sur la LPP uniquement à l'achat, il s'agit des fauteuils roulants à propulsion manuelle pliables, non pliables, évolutifs pour les enfants et les fauteuils pour des activités physiques et sportives. Toutes ces catégories de fauteuil possèdent un système de frein. Ce type de fauteuils est généralement recommandé pour des déplacements à l'extérieur.

Ensuite, on retrouve les **fauteuils roulants à propulsion électrique**, qui sont réservés aux personnes qui sont dans l'incapacité de propulser eux-mêmes les fauteuils roulants manuels. Ces fauteuils permettent aux patients de garder une autonomie, ils sont constitués de deux moteurs proches des roues, ils sont généralement réalisés sur mesure pour être le mieux adapté au patient.

La prise en charge de ce type de fauteuil est **soumise à une entente préalable**. Cette entente préalable est réalisée suite à un essai préalable par une équipe pluridisciplinaire avec « au minimum un médecin de médecine physique et de réadaptation aidé d'un kinésithérapeute ou d'un ergothérapeute ». Elle sera suivie par un certificat du médecin qui atteste « l'adéquation du fauteuil au handicap du patient en précisant que les capacités cognitives du patient lui permettent d'en assurer la maîtrise, et en mentionnant les caractéristiques que doit avoir le fauteuil et le type d'assise ainsi que le type de commande ». A la suite de cet essai, le certificat est envoyé à l'Assurance Maladie qui validera ou non cette demande, qui sera considérée comme acceptée s'il n'y a pas de réponse dans les 21 jours. Il existe quatre catégories inscrites à la LPP pour ce type de fauteuil à propulsion électrique, à dossier inclinable ou non inclinable, avec une assise adaptée et des platines crantées ou avec une assise adaptée et des vérins pneumatiques.

Figure 17 : Fauteuil roulant à propulsion électrique.



Il existe également des **fauteuils roulants verticalisateurs**, souvent peu utilisés, qui permettent à la personne de se déplacer en toute autonomie mais également de s'élever à la verticale. La prise en charge de ce type de fauteuil est assurée lorsque le patient est atteint d'une pathologie où il doit se verticaliser régulièrement. Ce type de fauteuil est également soumis à une entente préalable comme les fauteuils roulants à propulsion électrique vus précédemment, néanmoins la prise en charge ne peut pas couvrir la totalité du prix du fauteuil.

Figure 18 : Fauteuil roulant verticalisateur.



La durée de transition entre la prescription d'un fauteuil roulant électrique et la livraison peut être plus ou moins longue. En effet, différentes étapes sont nécessaires afin de répondre au mieux à la demande du patient et de sa morphologie. Il est nécessaire que le professionnel de santé prenne les mesures adéquates pour que le fauteuil soit adapté au patient, une fois ces mesures enregistrées, le professionnel de santé propose différents types de fauteuils au patient avec une prise en charge complète ou un dépassement. Lorsque le choix du fauteuil est défini, il est nécessaire de faire la demande d'entente préalable comme vu précédemment et quand celle-ci est acceptée, un essai du fauteuil est réalisé entre le professionnel et le patient pour voir si le fauteuil lui convient.

4. Les aides au transfert.

Les aides au transfert sont nécessaires pour les personnes nécessitant une aide pour ses actions de déplacement afin d'assurer la sécurité et le confort du patient et également d'alléger ses efforts et ceux de l'entourage.

a) *Le soulève-malade.*

Le soulève-malade **facilite les transferts**, généralement fauteuil-lit, en soulevant la personne pour la déplacer. Sa caractéristique principale est de descendre bas afin de récupérer une personne qui est tombée et il doit monter assez haut afin de faire un transfert depuis un lit. C'est un système électrique disposant de différents types de sangles en fonction de l'état du patient. Le soulève malade n'est pas pris en charge à l'achat, il est inscrit sur la LPPR pour la location (code 1231782 (26)) avec un tarif dégressif à partir de la 32^{ème} semaine. Le patient peut bénéficier d'un forfait pour les frais de livraison et d'une participation à l'achat des sangles. Il existe deux types de soulève-malade, l'un sur roulettes et l'autre sur des rails accrochés au plafond, mais ce dernier est moins utilisé puisqu'il n'est pas pris en charge.

b) *Le verticalisateur.*

Il existe également un système appelé verticalisateur afin de maintenir la personne en position verticale en calant ses pieds sur une base antidérapante, et en lui plaçant une sangle au niveau lombaire afin d'être transférée d'un endroit à un autre. De plus, ce système contient des roulettes pour faciliter les déplacements d'un endroit à un autre. Le verticalisateur possède une prise en charge à l'achat (selon le code 1266846 de la LPP).

5. Aide aux repas.

Quand on évoque les aides au repas, les pharmaciens proposent instinctivement la table de lit lorsque le patient est alité ou qu'il ne se déplace pas facilement. Les prestataires, eux, proposent des ustensiles plus ou moins utiles afin d'aider le patient à manger en complément de la table de lit.

Afin de faciliter le patient à manger, il existe de nombreuses aides techniques, souvent inconnues par le patient afin d'augmenter son autonomie, son confort ou encore sa sécurité. L'élément indispensable pour l'aide aux repas selon les distributeurs de matériel médical est la table de lit, surtout si la personne est alitée. Cette table de lit peut avoir différentes fonctions, principalement pour manger mais également pour écrire ou lire ou pour avoir à portée de main des objets du quotidien.

Si les patients n'ont pas besoin d'une table de lit et préfère garder leur autonomie en allant manger dans une autre pièce, il est indispensable que cette pièce soit assez large afin de permettre tous les déplacements possibles à la personne. Il est préférable de prévoir une chaise haute, souvent inclinée, afin de réduire l'effort pour s'asseoir et se lever.

Il est également possible de se fournir des ustensiles faciles à manipuler et non dangereux comme les couverts ergonomiques (à large poignée, articulés et/ou antidérapants) pour faciliter la préhension et les supports antidérapants qui permettent une stabilité et un repère visuel.

Tous les éléments cités ci-dessus ne sont pas inscrits à la LPP et sont donc à la charge de la personne. Un seul élément est inscrit à la LPP avec une prestation à l'achat, il s'agit de couteau et fourchette pliants avec étui (code LPP : 1281202 (27))

6. Aides à la toilette.

Les professionnels rencontrés évoquent tous un aménagement de la salle de bain et du matériel pour se laver mais ils n'évoquent pas les aides pour les toilettes.

a) Pour la salle de bain.

Afin de faciliter la toilette du patient, les nombreux professionnels de santé recommandent un aménagement de la salle de bain par une entreprise avec laquelle ils travaillent en collaboration. Ce terme « aménagement de la salle de bain » peut paraître vaste pour de nombreux patients, néanmoins certaines choses sont recommandées afin de faciliter au mieux la toilette des patients par les aidants ou par eux-mêmes. Cependant, les différents aménagements ne sont pas pris en charge par la Sécurité Sociale, ils seront plus ou moins coûteux en fonction des besoins du patient. Dans un premier temps, il est préférable pour les patients d'avoir une douche afin d'éviter d'enjamber la baignoire.

Néanmoins, il est possible d'utiliser une planche de transfert ou des barres d'accès afin de faciliter l'entrée dans la baignoire, il existe également des tapis de bain antidérapant afin de diminuer le risque de chute dans la baignoire. Afin de réaliser un transfert, outre la planche, il existe également des fauteuils de bain qui permettent également de surélever la personne et de l'aider à rester dans une situation confortable si elle n'a pas ou peu de force physique. Dans un deuxième temps, lorsqu'une personne possède une douche, il existe des sièges de douche qui peuvent être fixés au mur ou à roulettes afin de permettre un repos au patient lorsqu'il se lave.

b) Pour les toilettes.

Malgré le fait que beaucoup de personnes âgées utilisent des protections anatomiques lorsqu'elles ont besoin d'aller aux toilettes, certaines personnes préfèrent garder une certaine autonomie, il est donc possible de prévoir un aménagement des toilettes. Dans un premier temps, l'accès aux toilettes doit être suffisamment large pour faire circuler un déambulateur ou même un fauteuil roulant.

Il est également possible d'installer des barres de maintien autour des toilettes afin de permettre la verticalisation de la personne. Il existe aussi un système de surélévation pour aider les patients à s'asseoir en installant un rehausse WC avec ou sans accoudoirs. Cependant il n'existe aucune prise en charge au niveau de la LPP pour ces accessoires.

B. Obligations légales des distributeurs de matériel médical.

1. Les nouveaux rôles du pharmacien.

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), adoptée le 21 juillet 2009 a établi de nouvelles missions du pharmacien **en élargissant le champ de la pratique officinale.**

Au regard de l'article 38, 8 missions ont été mises en avant dont 4 missions obligatoires et 4 missions « d'opportunités ». (**Annexe 3**)

Les missions obligatoires sont :

- « Contribuer aux soins de premiers recours ».
- « Participer à la coopération entre professionnels de santé ».
- « Participer à la mission de service public de la permanence des soins ».
- « Concourir aux actions de veille et de protection sanitaire ».

Les missions « d'opportunités » sont :

- « Participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement ».
- « Assurer la fonction de référent pour un EHPAD qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur (PUI) ».
- « Être désigné par le patient, dans le cadre des coopérations, comme correspondant au sein de l'équipe de soins ».
- « Proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes ».

La loi HPST évoque une **coopération entre professionnels** de santé afin d'améliorer la prise en charge du patient au niveau de la sécurité et de la qualité des soins et ainsi d'éviter des hospitalisations.

La loi Santé du 24 juillet 2019 (28) renforce le rôle du pharmacien dans l'organisation et la transformation du système de santé. En effet, elle officialise une possibilité concernant les pharmaciens (article L.5221-1-1A du CSP), ceux-ci peuvent devenir pharmacien correspondant pour un patient dans le cadre d'une prise en charge à domicile ou non par une équipe de soin. C'est au patient de désigner le professionnel de santé qu'il souhaite, celui-ci peut être titulaire ou adjoint et il n'est en aucun cas obligé d'accepter la demande du patient.

Les missions du pharmacien correspondant ont été fixées par le décret n° 2001-375 du 5 avril 2011, ces pharmaciens rentrent dans un protocole de coopération entre professionnels de santé **en priorisant la sécurité et la qualité des soins**. Ce pharmacien correspondant possède de nombreuses missions, notamment les missions obligatoires, pour tout pharmacien, citées précédemment et des missions spécifiques comme :

- Renouveler périodiquement un traitement ou ajuster au besoin la posologie à la vue du bilan de médication effectué, en accord ou à la demande du médecin, en respectant les modalités (avec le nombre de renouvellements autorisés et leur durée) définies dans le protocole (article R5125-33-5 du CSP).
- Réaliser un bilan de médication en évaluant l'observance du traitement. Le pharmacien note les effets indésirables et identifie les potentielles interactions avec d'autres médicaments, en adressant un courrier au médecin.

2. Formation.

Afin d'exercer l'activité de MAD, les prestataires n'ont pas besoin de diplôme mais uniquement d'une formation contrairement aux pharmaciens.

Pour les prestataires de service (29), de nombreux textes ont été publiés concernant les formations nécessaires afin de distribuer du matériel médical, en effet la Loi 2005-841 du 26 juillet 2005 nommée loi Borloo oblige les prestataires à disposer « de personnels titulaires d'un diplôme, d'une validation, des acquis d'expérience professionnels ou d'une équivalence attestant d'une formation à la délivrance des matériels et respecter des conditions d'exercice et règles de bonne pratique » (Article 9)

Le décret du 19 décembre 2006 et l'article L5232-3 du CSP stipulent que « les distributeurs de matériels, y compris les dispositifs médicaux destinés à favoriser l'autonomie de personnes présentant une incapacité ou un handicap, doivent disposer de personnels formés ou diplômés à la délivrance de ces matériels. ». De plus, l'arrêté du 23 décembre 2011 énonce que la formation préparant à la fonction de prestataire de services et distributeur de matériels a pour but d'acquérir des compétences par rapport à l'environnement professionnel. L'article 3 de cet arrêté montre que la formation peut être suivie sur une amplitude de 6 mois. (**Annexe 4**).

Pour les aider à exercer, les prestataires ont une convention, appelée Convention Nationale des Prestataires (CNP) qui est destinée à « organiser les rapports entre l'Assurance Maladie et les prestataires délivrant des produits et prestations inscrits aux Titres I et IV et au Chapitre 4 du Titre II de la LPP » et l'arrêté du 30 mai 2016 (30) qui permet une extension d'application de cette convention.

Pour les pharmaciens, le diplôme de Docteur en pharmacie suffit pour pouvoir délivrer des dispositifs médicaux, un diplôme universitaire sur le thème du maintien à domicile n'est pas obligatoire mais c'est un avantage selon les pharmaciens afin d'obtenir les bases théoriques et pratiques pour favoriser le MAD. Ce DU est disponible dans huit facultés françaises selon l'ANEPEF (31) (Association Nationale des Étudiants en Pharmacie de France) avec une durée et un prix de formation différents dans chaque faculté.

Néanmoins si le pharmacien souhaite dispenser de l'oxygène au domicile, il doit obligatoirement obtenir les bonnes pratiques de dispensation d'oxygène (BPDO). En effet, depuis l'arrêté du 16 juillet 2016 concernant les bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical, une formation est obligatoire pour le pharmacien afin d'obtenir des compétences pour aboutir à un certificat d'aptitude aux fonctions de pharmacien BPDO. Cette formation s'installe au fur et à mesure dans les UFR de pharmacies, notamment à Amiens où elle est proposée en complément du diplôme universitaire sur le maintien à domicile avec une formation de plusieurs heures pour apprendre la réglementation ainsi que le matériel et cela se conclut par un examen écrit. Cette dispensation à domicile est réservée uniquement aux pharmaciens formés aux bonnes pratiques et inscrits à l'Ordre.

Il en est de même si le pharmacien veut vendre des fauteuils roulants électriques, depuis l'arrêté du 4 mai 2012, une partie de l'article 9 intitulée « Garantir la qualité de l'exercice pharmaceutique » (c'est-à-dire de répondre aux nombreux rôles du pharmacien) exige cette formation (32) afin d'acquérir des compétences réglementaires, médicales et techniques.

A ce même niveau, le pharmacien est vu comme un prestataire de service donc il est également concerné par l'article L.5232-3 du Code de la Santé Publique comme évoqué précédemment. Cette formation, appelée CERAH, est composée de deux phases séparées de 21h chacune : la première partie est pratiquée à distance afin d'avoir les pré requis nécessaires pour la deuxième phase, elle regroupe trois modules : législation et réglementation, notions médicales et un module technique, et elle est suivie d'une évaluation à distance (avec une note minimale de 12/20) pour permettre de continuer la formation. La deuxième phase se déroule sur le site avec trois jours de formation théorique et pratique, elle comporte quatre modules : législation et réglementation, notions médicales, un module technique et un module transfert, suivie d'une évaluation finale (avec une note minimale de 15/20) pour obtenir l'attestation de réussite.

3. Limites et contraintes pour le pharmacien dans l'exercice du maintien à domicile en officine.

De nombreuses limites sont rencontrées par le pharmacien dans l'activité du maintien à domicile, notamment des dysfonctionnements humains évoqués par les pharmaciens rencontrés et retrouvés dans la thèse de R. David en 2017 (Figure 19). Il existe également des contraintes et des limites matérielles comme le local pour le stockage ou encore les compétences et le manque d'information.

Figure 19 : Dysfonctionnements humains selon une enquête réalisée par R. David (33)

Dysfonctionnement identifié	Une seule personne de l'équipe officinale concentre toutes les connaissances techniques en matière de matériel médical
Action corrective	Mise en place et rédaction de procédures écrites
Méthode de mesure d'efficacité	Evaluation du nombre de délivrances effectuées en toute autonomie par l'équipe officinale
Indicateur de mesure d'efficacité	Taux de délivrances effectuées de manière autonome sans recours à l'aide du préparateur responsable du matériel médical

a) *Le local.*

Le local est la première contrainte du pharmacien concernant le domaine du maintien à domicile, en effet chaque superficie d'officine est différente et pour stocker du matériel médical, il faut une **place considérable** d'après les entretiens réalisés avec les professionnels.

Les locaux de l'officine doivent obligatoirement former un seul tenant d'une superficie minimum de 35 m². Toutefois s'il est nécessaire pour le pharmacien de posséder un lieu de stockage pour du matériel médical, celui-ci peut se trouver à proximité, selon l'article L.5125-3-1 du CSP (33), « dans les limites de son quartier d'implantation », en ne faisant aucune vitrine extérieure, le local doit rester neutre.

D'après l'article D5232-13 du CSP, le distributeur de matériels doit disposer « d'un local réservé à cet effet et comprenant au minimum un espace satisfaisant aux exigences d'accessibilité pour les personnes handicapées » ainsi qu'un espace de confidentialité comme l'on retrouve dans une officine. D'après la thèse de M. Houvain en 2010, il est préférable d'avoir un local adapté supérieur à 15m² pour permettre « un bon développement du MAD » (34). Il est également conseillé de réaliser une vitrine concernant le MAD afin que les patients puissent avoir une vision d'ensemble sur le matériel.

La plupart des pharmaciens qui sont sur le marché du maintien à domicile (comme la pharmacie 2) possède un parc à lits pour le stockage de ceux-ci et du gros matériel. Il leur est également difficile d'exposer du matériel en vitrine afin de montrer au patient un autre domaine. De plus, il est nécessaire d'avoir un local de désinfection composé d'un point d'eau, d'une aération et de deux portes, l'une pour le retour du matériel provenant d'un patient et une autre pour la sortie du matériel propre. Aucune réglementation n'est claire sur les différentes étapes de désinfection, cependant dans l'arrêté du 19/12/2006, il est précisé qu'en cas de location, lors de la récupération du matériel, si nécessaire au lieu de vie de la personne, il est nécessaire de procéder à un nettoyage, une désinfection et une vérification technique du matériel entre deux personnes. (35)

b) Le temps.

Si le pharmacien veut pratiquer à temps plein du maintien à domicile, c'est-à-dire s'il veut avoir sa propre activité sans sous-traiter avec un prestataire, il faut un pharmacien ou un employé de l'officine qui consacre uniquement son temps à ce domaine. En effet, entre les tarifications, les conseils, la visite préalable, la livraison et le suivi de livraison, cela impose un rythme dynamique au professionnel qui sera incapable de réaliser en plus de l'activité de l'officine, d'accorder le temps qu'il faut aux patients et aux collaborateurs.

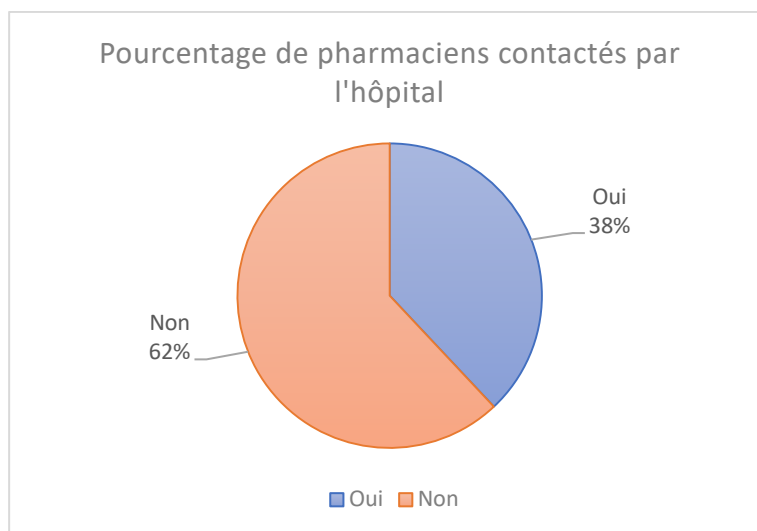
Néanmoins, certains prestataires ne proposent plus volontairement les visites préalables et les suivis de livraison au pharmacien pour notamment les « pousser » à effectuer cette démarche seuls afin qu'ils puissent s'impliquer personnellement et rester le point de repère du patient même si le pharmacien continue de sous-traiter.

c) La concurrence.

Les pharmaciens ne sont pas les seuls sur le marché du maintien à domicile, ils n'en ont pas le monopole. Ils sont donc face à des prestataires de service indépendants qui proposent du matériel médical à des prix plus bas et qui ont certains avantages que le pharmacien n'a pas. En effet, ces prestataires ont le droit de faire du démarchage au sein des hôpitaux ainsi que de la publicité directement auprès des patients ou indirectement par les journaux locaux.

Néanmoins, le pharmacien reste avant tout un professionnel de santé au contact des patients, il a des connaissances dans le domaine médical et sur l'évolution des pathologies afin d'adapter au mieux le matériel. Le patient et sa famille restent néanmoins les seuls à décider à qui ils font confiance pour le maintien à domicile.

Figure 20 : Pourcentage de pharmaciens contactés par l'hôpital lors d'une sortie d'hospitalisation pour fournir du matériel médical, selon un sondage du pharmacien de France en 2017. (35)



Cependant, certains prestataires, comme Oxypharm, qui travaillent uniquement avec les pharmaciens ont eux la possibilité de faire du démarchage dans les hôpitaux afin de récupérer le marché pour les pharmaciens.

d) Compétences/formation.

Pratiquer du MAD nécessite de se former dans le domaine. Il existe des formations complémentaires comme des DU. Malgré la loi sur le développement professionnel continu (DPC) introduite en 2009 par la loi HPST et effective depuis janvier 2013, qui incite les professionnels de santé à développer des compétences sur les nouveaux dispositifs mis sur le marché et sur les nouvelles prises en charge du patient à domicile. Il existe des formations en interne au sein des structures appartenant aux grossistes-répartiteurs pour être à jour sur les nouveautés du marché concernant le maintien à domicile. Certaines structures proposent une à deux formations dans l'année, pour les pharmaciens ou leur équipe médicale, afin d'informer au mieux sur les nouveautés ainsi que sur le matériel le plus utilisé.

e) *L'information publique sur les missions du pharmacien.*

Le pharmacien possède de nombreuses missions, certaines sont obligatoires et d'autres facultatives comme l'évoque la loi HPST. Cependant, la patientèle (près de 70%) ne connaît pas forcément toutes les activités réalisées par le pharmacien d'officine notamment dans le maintien à domicile si elle ne s'est jamais renseignée sur la question.

De nombreuses associations locales essayent de lancer des campagnes d'information afin de faire connaître les différentes facettes du métier du pharmacien. Beaucoup de pharmaciens pensent qu'avec davantage de communication, ils peuvent « gagner » le monopole sur le marché du maintien à domicile. Une association à but non lucratif HOSPIPHARM (36) a été développée pour donner la possibilité aux pharmaciens qui adhèrent de se faire connaître auprès du corps hospitalier et/ou libéral en montrant leurs compétences dans ce domaine mais le pharmacien a également en main des outils et des méthodes actualisés afin de répondre au mieux aux exigences du maintien à domicile.

3. Les atouts du pharmacien.

a) *Ses compétences.*

Néanmoins, malgré ses nombreuses limites, le pharmacien dispose de **nombreuses compétences** que certains professionnels de santé n'ont pas forcément. En effet, le pharmacien a souvent son local à proximité du domicile de sa patientèle qui n'a pas besoin de prendre un moyen de transport pour aller voir le pharmacien. De plus, le pharmacien joue souvent un rôle dans la vie du patient puisqu'il connaît ses patients et leur entourage au vu de leur fidélité. Il possède également la connaissance des médicaments et il des pathologies.

C'est un acteur qui prend de l'importance sur le marché du maintien à domicile, il est capable d'intervenir en amont lors de la prévention auprès d'une personne, afin de dépister et de repérer les fragilités des personnes âgées pour retarder une éventuelle hospitalisation. Il a même à cœur d'intervenir pendant une hospitalisation en prenant des nouvelles auprès de la famille de la personne en évoquant l'éventuel retour à domicile et la place que le pharmacien peut avoir pour ce retour à domicile. Il est souvent au cœur d'un réseau de coopération avec les professionnels de santé qui suivent le malade comme son médecin traitant ou les infirmières à domicile.

b) Le dispositif PAERPA.

Le dispositif PAERPA (37) (Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie) est mis en place sur le territoire français depuis 2016 après une période d'essais sur 9 territoires pilotes. Ce programme a été introduit en 2013 par la publication du cahier des charges sous l'autorité du ministère des Affaires sociales et de la Santé. Ce dispositif s'inscrit dans la loi de financement de la Sécurité Sociale en 2013. L'objectif de ce dispositif est de préserver l'autonomie des personnes âgées (de 75 ans et plus) en leur offrant les « bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût ». Ce dispositif renforce 5 missions des professionnels de santé dont plusieurs qui concernent le pharmacien.

→ Renforcer le maintien à domicile.

Cet objectif vise à renforcer une coordination entre professionnels de santé lorsque la situation est nécessaire en élaborant un Plan Personnalisé de Santé (PPS) autour du patient.

→ Améliorer la coordination des intervenants et des interventions.

La coordination est un acte primordial afin d'organiser au mieux les services proposés aux personnes âgées, elle est mise en place grâce à une coordination territoriale d'appui (CTA).

→ Sécuriser la sortie d'hôpital.

En anticipant et en préparant la sortie de la personne âgée pour qu'elle ne soit pas prise au dépourvu, le principal est d'évaluer sa perte d'autonomie en lui proposant un hébergement temporaire afin de faciliter le retour à domicile.

→ Éviter les hospitalisations inutiles.

Différentes actions entre professionnels de santé permettent d'éviter de nombreuses hospitalisations notamment le repérage, l'éducation thérapeutique et la communication.

→ Mieux utiliser les médicaments.

Beaucoup de personnes âgées sont polymédiquées, certaines ordonnances sont justifiées et d'autres inappropriées en apportant des risques pour la personne âgée. Des actions de « révision d'ordonnances » sont proposées en sortie d'hospitalisation entre médecin et pharmacien.

4. Les conseils pour développer son activité.

Afin de développer au mieux son activité de maintien à domicile le pharmacien doit apporter ses connaissances professionnelles dans ce domaine ainsi que dans celles du médicament en prenant en compte les besoins de la personne soignée et de son entourage.

Plusieurs éléments sont primordiaux afin que l'activité du MAD se développe, dans un premier temps la motivation du pharmacien est l'une des raisons principales qui va faire que son marché se développe et il faut également que le pharmacien se fasse connaître au sein de sa patientèle en échangeant sur le sujet au comptoir ou en exposant du matériel en vitrine. Plusieurs conseils peuvent être mis en avant :

- « Choisir un référent de l'équipe officinale pour faire le lien au domicile du patient » : Afin que les patients aient un point de repère lors de cette démarche de MAD car c'est souvent nouveau pour eux et il leur faut un interlocuteur fixe pour pouvoir échanger avec lui en toute intimité. De plus, ce professionnel effectuera les démarches administratives comme les suivis au domicile du patient avant et après installation du matériel et ce référent sera qualifié avec des diplômes et des formations adéquates concernant le MAD.

- « Se former à l'utilisation du matériel, des protocoles de soins, de désinfection et des dispositifs médicaux utilisés lors du maintien à domicile ».

Les tarifications et la législation concernant les dispositifs médicaux évoluent sans cesse. Cela revient au premier point c'est-à-dire à choisir un référent au sein de l'officine afin qu'il se tienne au courant de l'évolution et qu'il fasse toutes les démarches nécessaires pour le bon usage du matériel médical.

- « Avoir un réseau de professionnels de santé ».

Travailler avec d'autres professionnels tels les infirmiers ou les médecins qui sont souvent en première ligne lors d'une sortie d'hospitalisation ou encore des associations peut permettre d'augmenter la captation d'ordonnance du milieu hospitalier. Selon M. SAMIER (40), dans sa thèse réalisée en 2008, elle évoque le fait qu'il faut s'investir dans un réseau de santé qui n'était pas encore bien organisé il y a une dizaine d'années. Aujourd'hui, la collaboration entre différents professionnels de santé se fait plus facilement en acceptant les compétences de chacun en matière de santé.

Le groupement de différents professionnels de santé est également un atout majeur pour développer l'activité consacrée au MAD du pharmacien d'officine, celui peut créer une carte de fidélité afin de permettre des prix abordables, il permet d'aider le pharmacien à déterminer au mieux les besoins des patients. Le groupement peut également mettre en place avec ou sans l'aide d'un prestataire, des sessions d'information et d'éducation au MAD.

VII. CONCLUSION.

Ces entretiens m'ont permis d'observer les différents types de prises en charge en fonction des pharmacies ainsi que des distributeurs de matériel médical. A travers ce travail mené, j'ai consolidé les connaissances acquises lors du DU de MAD et de mon expérience en officine.

Le MAD est un marché d'actualité en pleine croissance, il existe une forte concurrence entre les différents professionnels, en effet les distributeurs de matériel médical privés ne travaillent pas en collaboration avec des pharmaciens par peur de perdre du marché et donc ils ne s'installent pas à proximité d'une pharmacie.

Pour le pharmacien, ce marché permet une fidélisation de sa patientèle, en effet une majorité des patients qui ont besoin de matériels sont des patients avec un traitement lourd et des ordonnances conséquentes, ils sont sédentaires et fidèles et ont généralement confiance en leur pharmacien.

Même si cette activité est souvent sous-traitée par les pharmaciens d'officine travaillant en collaboration avec des prestataires de service, les pharmaciens souhaitent développer ce marché en pleine extension. Cette activité permet au pharmacien une valorisation de ses compétences et de rôle de professionnel de santé ainsi qu'une sécurisation du matériel. Néanmoins, le pharmacien doit sans cesse actualiser ces connaissances sur les nouveautés concernant le matériel médical.

Le manque de communication sur cette activité au sein de l'officine fait diminuer la place du pharmacien dans le MAD par manque de captation d'ordonnances en sortie d'hospitalisation, c'est un point à améliorer en participant à une coopération entre professionnels et en se rapprochant des instances qui permettent de faire découvrir cette activité aux patients et à leur entourage.

Le rôle des pharmaciens d'officine ne cesse d'évoluer dans l'accompagnement et la sécurisation des prises en charge afin de préserver leur indépendance et autonomie des patients, l'avenir est donc prometteur pour les différentes activités du pharmacien d'officine.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Démographie de la population française. [En ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676587?sommaire=3696937>.
2. Article du CSP sur l'HAD. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006802636&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=19921008>.
3. Différentes aides à domicile. [En ligne] <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/etre-aide-domicile/les-services-daide-domicile>.
4. Prestataires de santé à domicile. [En ligne] http://www.synalam.fr/_lib_medias/files/22-92.pdf.
5. Texte de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731>.
6. GIR. [En ligne] <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa/comment-le-gir-est-il-determine>.
7. Pourcentage des bénéficiaires de l'APA. [En ligne] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/12-10.pdf>.
8. APA. [En ligne] <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/les-aides-domicile/lapa-domicile>.
9. PCH. [En ligne] <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/les-aides-domicile/la-pch-prestation-de-compensation-du-handicap>.
10. Caisse de retraite. [En ligne] <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/les-aides-domicile/les-aides-des-caisses-de-retraite>.
11. Statistiques INSEE. [En ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281354>.
12. J. CALLANQUIN, pharmacien d'officine. *Le matériel du maintien à domicile*. s.l. : Elsevier, 2008.
13. ENNUYER, B. *Repenser le maintien à domicile - 2ème édition*. s.l. : Dunod, 2014.
14. Catalogue ORKYN. [En ligne] <https://www.orkyn.fr/sites/orkyn/files/2016/09/06/catalogue-pharmacie.pdf>.
15. Le lit et ses accessoires. [En ligne] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-05/cepp-2080_lits_medicaux_et_accessoires.pdf.
16. Commission sur les lits "fortissimo". [En ligne] <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/pp020297.pdf>.

17. LPP des barrières. [En ligne] http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/tips/cgi-fiche?p_code_tips=1278281&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=AMELI
18. LPP des cerceaux. [En ligne] http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/tips/cgi-fiche?p_code_tips=1225675&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=AMELI
)
19. Différents types de matelas anti-escarres. [En ligne] <https://www.escarre.fr/support-position-mobilisation/matelas/gen-sources.php>.
20. Définition d'incontinence urinaire. [En ligne] <https://www.urofrance.org/congres-et-formationen/formation-initiale/referentiel-du-college/incontinence-urinaire.html#c2542>.
21. Différents types d'incontinence urinaire. [En ligne] <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/incontinence-urinaire/mecanismes-frequence-causes>.
22. Catalogue TENA sur les différentes protections urinaires. [En ligne] <https://www.tena.fr/professionnels/produits/gamme-tena/>.
23. LPP alèse. [En ligne] http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/tips/cgi-fiche?p_code_tips=1207453&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=AMELI
24. Nomenclature des fauteuils roulants. [En ligne] <https://cerahtec.invalides.fr/doc/nomenclature.pdf>.
25. LPP fauteuils roulants. [En ligne] http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/tips/cgi-fiche?p_code_tips=4263950&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=AMELI
26. LPP soulève malade. [En ligne] http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/tips/cgi-fiche?p_code_tips=1231782&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=AMELI
27. LPP ustensiles. http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/tips/cgi-fiche?p_code_tips=1281202&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=AMELI
)
28. Renforcement du rôle du pharmacien. [En ligne] <https://www.editions-legislatives.fr/actualite/loi-sante-les-mesures-pour-les-pharmaciens>.
29. Formation des prestataires. [En ligne] https://cerahtec.invalides.fr/for_psdm.
30. Extension d'application de la CNP. [En ligne] https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5321/document/convention-titres-i-iv-lpp_journal-officiel.pdf.
31. Différents diplômes universitaires. [En ligne] https://mastersdu.anepf.org/explorer-les-formationen/?tex_typedeformation=du&tex_typedeformation=maintien-domicile&view=list.
32. Formation VPH. [En ligne] https://cerahtec.invalides.fr/for_vph.

33. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000036401142&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180731>.
34. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000820408&categorieLien=id>.
35. Statistiques du nombre de pharmaciens contactés pour une sortie d'hospitalisation. [En ligne] <http://www.lepharmacienfrance.fr/actualite-web/pharmaciens-toujours-evinces-mad>.
36. HOSPIPHARM 41. [En ligne] <http://hospipharm41.fr/wp-content/uploads/2014/02/Charte-de-Qualite-Adherents.pdf>.
37. Dispositif PAERPA. [En ligne] <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>.
38. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006802636&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=19921008>). . [En ligne]
39. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006802636&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=19921008>). . [En ligne]
40. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-domicile/etre-aide-domicile/les-services-daide-domicile>. [En ligne]
41. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731>.
42. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa/comment-le-gir-est-il-determine>. [En ligne]
43. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/12-10.pdf>. [En ligne]
44. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/les-aides-domicile/lapa-domicile>. [En ligne]
45. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/les-aides-domicile/lapa-domicile>. [En ligne]
46. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731>.
47. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/12-10.pdf>. [En ligne]
48. LPP alèse. [En ligne] http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/tips/cgi-fiche?p_code_tips=1207453&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=AMELI) (<https://www.tena.fr/professionnels/produits/gamme-tena/> .
49. CELTIPHARM. [En ligne] <https://www.celtipharm.com/Pages/Conseil-comptoir/2016/12/Le-MAD.aspx>.

IX. ANNEXES.

Annexe 1 : Grille d'évaluation AGGIR

Nom et prénom						Fiche récapitulative AGGIR	
Ml Sec.Soc.							
Adresse							
Né(e) le		Date de l'évaluation					
Âge							
Activités réalisées par la personne seule		Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON)				S = Spontanément	Code final
		S	T	C	H	Code	
						Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales. 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	
1. Cohérence	communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	comportement	<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>
	dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>
	bas	<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>
	moyen	<input type="checkbox"/>	<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"/>		<input type="checkbox"/>
5. Alimentation	se servir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	manger	<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>
	fécale	<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/>
8. Déplacements à l'intérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9. Déplacements à l'extérieur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10. Alerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
11. Gestion		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
12. Cuisine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
13. Ménage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
14. Transports		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
15. Achats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
16. Suivi du traitement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
17. Activités du temps libre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
						Groupe iso-ressources Défini par <input type="checkbox"/> le système informatique	

Annexe 2 : Grille d'évaluation de l'échelle de Norton.



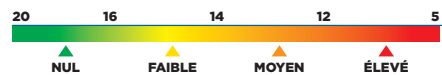
CHOIX DU **SUPPORT** DE **PRÉVENTION**

LA GRILLE D'ÉVALUATION DE NORTON

- ↳ Particulièrement adaptée aux sujets âgés (+ de 65 ans)
- ↳ Rapide et simple à utiliser
- ↳ Plus le score est bas, plus le risque d'escarre est élevé

CONDITION PHYSIQUE	SCORE	
Mauvaise	1
Pauvre	2	
Moyenne	3	
Bonne	4	
CONDITION MENTALE		
Stuporeux	1
Confus	2	
Apathique	3	
Alerte	4	
ACTIVITÉ		
Couché	1
Fauteuil	2	
Marche aidée	3	
Ambulant	4	
MOBILITÉ		
Immobile	1
Très limité	2	
Peu limité	3	
Complète	4	
INCONTINENCE		
Fécale et urinaire	1
Urinaire	2	
Occasionnelle	3	
Continent	4	
SCORE TOTAL =	

ANALYSE DES RESULTATS :
 ↳ Score entre 20 et 16 : Risque NUL
 ↳ Score entre 16 et 14 : Risque FAIBLE
 ↳ Score entre 14 et 12 : Risque MOYEN
 ↳ Score entre 12 et 5 : Risque ÉLEVÉ



REPÈRES

La loi HPST et les missions du pharmacien

PAR LAURENT LEFORT - INFOGRAPHIE : WALTER BARROS



Adoptée le 21 juillet 2009, la loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoires) a élargi le champ de la pratique officinale en conférant aux pharmaciens de nouvelles missions

Les 8 missions du pharmacien (article 38)

4 missions obligatoires

- 1 Contribuer aux soins de premier recours
- 2 Participer à la coopération entre professionnels de santé
- 3 Participer à la mission de service public de la permanence des soins
- 4 Concourir aux actions de veille et de protection sanitaire



Le contenu des soins (article 36)

- 1 La prévention, le dépistage, le traitement et le suivi des patients
- 2 La dispensation des médicaments, produits et dispositifs médicaux et le conseil pharmaceutique
- 3 L'orientation dans le système de soins et le secteur médicosocial
- 4 L'éducation pour la santé

4 missions « d'opportunités » (facultatives)

- 5 Participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients
- 6 Assurer la fonction de référent pour un EHPAD qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur (PUI)
- 7 Etre désigné par le patient, dans le cadre des coopérations, comme correspondant au sein de l'équipe de soins
- 8 **Proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes**

A ce titre, possibilité, à la demande du médecin ou avec son accord, de renouveler des traitements chroniques, ajuster au besoin leur posologie et effectuer des bilans de médication destinés à optimiser les effets



Cette mission est étroitement liée à la mise en place d'un protocole de soins qui n'a pas été défini à ce jour

Les 8 missions des pharmaciens ont été codifiées à l'article L5125-1-1 A du Code de la santé publique. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application des 7^e et 8^e missions. Le décret sur le pharmacien correspondant a été publié le 7 avril 2011 au Journal officiel

Annexe 4 : Récapitulatif des décrets pour les prestataires de services.

Loi 2005-841 du 26 juillet 2005

Relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

Cette loi, dite loi Borloo, instaure le fait que les prestataires doivent disposer de personnels titulaires d'un diplôme, d'une validation des acquis d'expérience professionnelle ou d'une équivalence attestant d'une formation à la délivrance des matériels et respecter des conditions d'exercice et règles de bonne pratique (article 9).

Arrêté du 23 décembre 2011

La liste des matériels et services est précisée pour chacune des catégories.

relatif à la formation préparant à la fonction de prestataire de services et distributeur de matériels, y compris les dispositifs médicaux, destinés à favoriser le retour à domicile et l'autonomie des personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap.

Les quatre thèmes de formation sont définis.

La durée de la formation en fonction de la catégorie professionnelle du personnel à former est précisée.

Les dates limites de mise en conformité et du temps octroyé pour réaliser la formation sont indiquées également dans cet arrêté.

Décret 2006-1637 du 19 décembre 2006

Relatif aux prestataires de services et distributeurs de matériels, y compris les dispositifs médicaux, destinés à favoriser le retour à domicile et l'autonomie des personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap.

Les matériels et services [...] ne peuvent être délivrés que par des prestataires de services et distributeurs de matériels disposant de personnels compétents en fonction du type de matériel ou de service concerné.

Deux catégories de personnels sont identifiés et concernés par le décret : le personnel intervenant auprès de la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap et le personne garant.

Les matériels et services sont classés en quatre catégories.

La profession du garant est précisée pour chacune des catégories.

Arrêté du 19 décembre 2006

définissant les modalités de la délivrance mentionnées aux articles D.5232-10 et D.5232-12 et fixant la liste des matériels et services prévue à l'article L.5232-3 du code de la santé publique.

ROYER Léa

TITRE : Quelle est la place du pharmacien dans le maintien à domicile d'une personne âgée en 2019 ? Étude de terrain auprès des distributeurs de matériels médical et des pharmaciens en Picardie.

Université de Picardie Jules Verne

2020

Mots clés : maintien à domicile, personne âgée, pharmacien, coordination, matériel médical.

Contexte : Le pharmacien a une place au sein des professionnels de santé impliqués dans le maintien à domicile, il joue un rôle de conseil auprès des patients et des familles. Néanmoins, ce secteur d'activité reste souvent insuffisamment développé dans une officine, ce qui laisse donc de la « place » aux distributeurs spécialisés dans le matériel médical.

Matériel et méthodes : Une étude de terrain, à partir d'un cas clinique, a été réalisée auprès de prestataires et de pharmaciens afin d'étudier leurs modes de prises en charge concernant la sortie d'hospitalisation d'un patient. De plus, un guide d'entretien ciblé a été proposé aux professionnels pour alimenter la discussion selon leurs compétences et leur domaine d'activité.

Résultat : Il a été démontré des différences de prises en charge entre les professionnels, en effet certains proposent des dispositifs de soutien pour le retour à domicile autres que ceux proposés sur l'ordonnance de sortie du patient. De plus, les compétences des différents professionnels diffèrent en fonction de leurs diplômes et de leurs formations, ainsi que par les aménagements de leurs structures ou encore leur collaboration avec les autres professionnels de santé. Les atouts du pharmacien ainsi que les limites ont été présentés.

Conclusion : Le rôle des pharmaciens d'officine ne cesse d'évoluer dans l'accompagnement et la sécurisation des prises en charge afin de préserver l'indépendance et l'autonomie des patients.

Membres du Jury Président :

Mr Michel BRAZIER

Membres :

Mme Aurélie TERRIER-LENGLET

Mr Robin CARETTE