



**HAL**  
open science

## Prise en charge des maladies neurodégénératives en maintien à domicile

Mélanie Falzon

► **To cite this version:**

Mélanie Falzon. Prise en charge des maladies neurodégénératives en maintien à domicile. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03573342

**HAL Id: dumas-03573342**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03573342v1>**

Submitted on 14 Feb 2022

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0  
International License

# THÈSE

PRESENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE  
DEVANT LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE MARSEILLE

LE 17 DÉCEMBRE 2021

PAR

**M<sup>ELLE</sup> FALZON MELANIE**

Née le 21 novembre 1996 à Paris

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

**« PRISE EN CHARGE DES MALADIES  
NEURODÉGÉNÉRATIVES  
EN MAINTIEN À DOMICILE »**

**JURY :**

Président : M. HONORÉ Stéphane

Membres : M. LAMY Edouard  
Mme TONNEAU-PFLUG Emmanuelle  
Mme FERRAND Valérie

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05  
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

**ADMINISTRATION :**

<i>Doyen :</i>	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Vice-Doyens :</i>	M. Jean-Paul BORG, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT
<i>Chargés de Mission :</i>	Mme Pascale BARBIER, M. David BERGE-LEFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, Mme Frédérique GRIMALDI, M. Guillaume HACHE
<i>Conseiller du Doyen :</i>	M. Patrice VANELLE
<i>Doyens honoraires :</i>	M. Patrice VANELLE, M. Pierre TIMON-DAVID,
<i>Professeurs émérites :</i>	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Henri PORTUGAL, M. Philippe CHARPIOT
<i>Professeurs honoraires :</i>	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Aimé CREVAT, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. José MALDONADO, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
<i>Chef des Services Administratifs :</i>	Mme Florence GAUREL
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Aurélie BELENGUER
<i>Responsable de la Scolarité :</i>	Mme Nathalie BESNARD

**DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE**

Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

**PROFESSEURS**

BIOPHYSIQUE

M. Vincent PEYROT  
M. Hervé KOVACIC

GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE

M. Christophe DUBOIS

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,  
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Philippe PICCERELLE

## MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE

M. Robert GILLI  
Mme Odile RIMET-GASPARINI  
Mme Pascale BARBIER  
M. François DEVRED  
Mme Manon CARRE  
M. Gilles BREUZARD  
Mme Alessandra PAGANO

GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE

M. Eric SEREE-PACHA  
Mme Véronique REY-BOURGAREL

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,  
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Pascal PRINDERRE  
M. Emmanuel CAUTURE  
Mme Véronique ANDRIEU  
Mme Marie-Pierre SAVELLI

BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE ET BIOTHERAPIES  
PHARMACO ECONOMIE, E-SANTE

M. Jérémy MAGALON  
Mme Carole SIANI

## ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

ANGLAIS

Mme Angélique GOODWIN

**DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE**  
Responsable : Professeur Françoise DIGNAT-GEORGE

## PROFESSEURS

BIOLOGIE CELLULAIRE

M. Jean-Paul BORG

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Françoise DIGNAT-GEORGE  
Mme Laurence CAMOIN-JAU  
Mme Florence SABATIER-MALATERRE  
Mme Nathalie BARDIN

MICROBIOLOGIE

M. Jean-Marc ROLAIN  
M. Philippe COLSON

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET  
ZOOLOGIE

Mme Nadine AZAS-KREDER

## MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	M. Thierry AUGIER M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Aurélie LEROYER M. Romaric LACROIX Mme Sylvie COINTE
MICROBIOLOGIE	Mme Michèle LAGET Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD M. Seydina Mouhamadou DIENE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU

## ATER

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	Mme Anne-Claire DUCHEZ
BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE	Mme Alexandra WALTON

## A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Mélanie VELIER
----------------------------	--------------------

## DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

## PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC
CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE – CHIMIE THERAPEUTIQUE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOGNOSIE	Mme Evelyne OLLIVIER

## MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE, BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne FAVEL Mme Joëlle MOULIN-TRAFFORT
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD Mme Camille DESGROUAS M. Charles DESMARCHELIER
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Pierre REBOUILLON
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Sandrine ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA Mme Manon ROCHE Mme Fanny MATHIAS
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE	M. Armand GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE	M. Riad ELIAS Mme Valérie MAHIOU-LEDDET Mme Sok Siya BUN Mme Béatrice BAGHDIKIAN

## MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Anne-Marie PENET-LOREC
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Cyril PUJOL
DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE	M. Marc LAMBERT
GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC	Mme Félicia FERRERA

## A.H.U.

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	M. Mathieu CERINO
--	-------------------

## ATER

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Duje BURIC
--	---------------

**DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE**

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

**PROFESSEURS**

PHARMACIE CLINIQUE	M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Bruno LACARELLE Mme Frédérique GRIMALDI M. Joseph CICCOLINI

**MAITRES DE CONFERENCES**

PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET Mme Emmanuelle MANOS-SAMPOL
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA
TOXICOLOGIE GENERALE ET PHARMACIE CLINIQUE	M. Pierre-Henri VILLARD Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU Mme Marie-Anne ESTEVE

**A.H.U.**

PHYSIOLOGIE / PHARMACOLOGIE PHARMACIE CLINIQUE	Mme Anaïs MOYON M. Florian CORREARD
---	--

**ATER.**

TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Anne RODALLEC
----------------------------------	-------------------

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire

Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DRSM de l'Assurance Maladie

Mme Clémence TABELLE, Pharmacien-Praticien attaché

Mme TONNEAU-PFLUG, Pharmacien adjoint

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 23 janvier 2020

***« L'UNIVERSITE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI  
IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES THESES. CES  
OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A  
LEURS AUTEURS. »***

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**ADL** : activities of daily living

**AFSSAPS** : agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

**AGGIR** : autonomie gérontologie groupe iso ressource

**APA** : allocation personnalisée d'autonomie

**AVQ** : activités de la vie quotidienne

**BHE** : barrière hémato encéphalique

**CMA** : comportement moteur aberrant

**DDC** : dopa décarboxylase

**DNF** : dégénérescences neurofibrillaires

**DTA** : démence de type Alzheimer

**EHPAD** : établissement d'hébergement personnes âgées dépendantes

**GIR** : groupe iso ressource

**IADL** : instrumental activities of daily living

**LP** : libération prolongée

**LPPR** : liste des produits et prestations remboursées

**MA** : maladie d'Alzheimer

**MAD** : maintien à domicile

**MCI** : mild cognitive impairment

**MMSE** : mini mental state examination

**MP** : maladie de Parkinson

**OMS** : organisation mondiale de la santé

**SPCD** : symptômes psychologiques et comportementaux des démences

**VHP** : véhicule pour personne handicapée

## REMERCIEMENTS

### *A mon président de jury, M. HONORE Stéphane*

Vous m'avez fait l'honneur d'être le président de ce jury. Je vous remercie de m'accorder de votre temps en ce jour si important.

### *A mon directeur de thèse, M. LAMY Edouard,*

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger mon travail et de siéger dans ce jury. Merci pour votre présence et pour l'attention que vous avez portée à ma thèse.

### *A ma directrice de thèse, Mme TONNEAU-PFLUG Emmanuelle,*

Qui a encadré ce travail de thèse et me fait l'honneur de siéger dans ce jury. Merci pour votre investissement dans l'élaboration de ce travail, votre disponibilité, vos conseils et votre compréhension. Merci pour votre énergie malgré vos nombreuses occupations, votre perfectionnisme et votre professionnalisme.

### *A ma famille,*

#### *A ma sœur, Caro,*

A toi qui es toujours là pour me soutenir au quotidien. Merci pour tes petits mots réconfortants à mon tableau. Mais merci avant tout pour notre complicité toujours plus forte et qui je n'en doute pas, durera toujours. Je suis si fière d'être ta grande sœur. Tu pourras toujours compter sur moi. Que notre amour soit éternel. Je t'aime.

#### *A mes parents,*

Merci à vous, sans qui je ne serais pas là aujourd'hui. Merci de m'avoir donnée l'opportunité de faire ces études. Merci de m'avoir toujours soutenue pendant toutes ces années. Merci d'avoir été présents pour m'apaiser dans les moments de stress. Maman, merci pour avoir souvent trouvé le moyen de te libérer les midis pour manger à mes côtés, merci pour tes bons petits plats et pour toutes ces nuits passées dans le salon à m'aider à réciter les cours en tombant de fatigue toutes les deux. Papa, merci pour ta patience sans faille et pour le réconfort que tu as su m'apporter, assis des dizaines de minutes côte à côte dans les escaliers du jardin, et merci pour ces trajets en me conduisant aux partiels, toujours un sachet à proximité. Ma réussite aujourd'hui, je vous la dois. Merci de si bien prendre soin de Caro et moi, de toujours rendre nos mauvais jours moins mauvais. Merci pour les valeurs humaines que vous nous avez

inculquées. Merci à vous qui avez construit la petite famille. Je suis fière d'être votre fille. Je vous aime.

***A mes grands-parents,***

Papy, mamie, mamie Lulu, je vous remercie tous les trois pour tout l'amour que vous m'apportez à travers vos appels. Merci d'être toujours à mes côtés. Merci de m'avoir toujours soutenue pendant toutes ces années. Soyez assurés de tout mon amour.

***A ma marraine,***

Merci pour ton aide précieuse dans la diffusion des questionnaires de cette thèse. Merci d'avoir toujours cru en moi.

***A mes titulaires et collègues,***

***A Mme POYET,***

Merci de m'avoir accueillie dans votre officine durant mes périodes de stage, puis de m'avoir intégrée au sein de votre équipe. Travailler à vos côtés m'a permis de découvrir la richesse et la diversité du métier de pharmacien d'officine. Merci pour les valeurs humaines et pharmaceutiques que vous m'avez transmises. Je n'oublierai jamais votre pharmacie et son équipe où j'ai tout appris. Soyez assurée de ma gratitude et de ma reconnaissance.

***A l'équipe de la pharmacie Poyet,***

La team Poypoy, ahhh cette merveilleuse équipe officinale ! Vaness, Ana et Martine, je vous remercie pour nos confidences partagées et pour votre bonne humeur au quotidien. Coco, ma binôme de voyage, merci d'être le soleil de cette équipe. Lolo et val, j'espère devenir une pharmacienne aussi compétente et passionnée que vous. Recevez toute mon admiration. Val, merci d'être présente aujourd'hui. Merci à vous tous pour votre amitié. Mes collègues du tout début, je suis fière d'avoir évoluée à vos côtés. Un grand merci.

***A l'équipe de la pharmacie du Nouveau Golf,***

A Mag, Lolo, Val et aux Elodies, merci pour ce stage de six mois passés à vos côtés. A ces bons moments et rires partagés, malgré l'aventure COVID ! C'était un véritable plaisir de travailler avec vous.

***A l'équipe de la pharmacie des Alizés,***

Merci à vous, mes collègues corses, de m'avoir intégrée à votre jolie équipe (et une pinzutu en plus !!). Merci pour votre accent qui fait voyager. Mention spéciale à Marine, merci d'avoir essayé de lire ma thèse entre deux patients au comptoir. Je vis ma best life sur l'île de beauté, à vos côtés ! Je vous apprécie toutes. A nos futurs mois passés ensemble...

***A mes amis,***

***A ma binôme, Laura***

Merci pour ces bons moments partagés. Merci d'avoir supporté mon stress durant ces années de fac. Mais surtout, à nos TP de folie, auxquels on finissait toujours les dernières. Merci pour tout le savoir que tu as su y apporter. Et à la création de l'herbier, pendant laquelle on a bien rigolé. Merci pour cette complicité et pour cette amitié.

***A Océane, Romane, Lisa et Camille,***

Merci pour tous les bons moments que nous avons partagés. Océ, Romane et Camille, ce trio infernal, à nos journées de révisions partagées à la BU. A nos moments de stress, de doutes mais aussi d'immense joie. Lisa, ma binôme en officine, à nos discussions et rires en amphithéâtre. Merci d'avoir rendu formidables ces six années d'études. Nos chemins ont pris des directions différentes mais vous occupez toutes une jolie place dans mon cœur. Vous me manquez.

***A Eva, Fabien et Marine,***

A vous, mes amis d'origine Corse. A ces amitiés tardives, mais je n'en doute pas, durables ! Merci pour tous ces superbes moments passés ensemble ces derniers mois. Soyez assurés de mon amitié sincère.

I.	INTRODUCTION .....	17
II.	QU'EST-CE QUE LA MALADIE DE PARKINSON ? .....	19
	A. Généralités.....	19
	B. Physiopathologie .....	19
	C. Facteurs de risques .....	21
	1. Les facteurs génétiques.....	21
	2. Les facteurs environnementaux .....	21
	D. Comment identifier un patient parkinsonien ? .....	22
	E. Symptômes de la MP.....	23
	1. Symptômes moteurs : la triade parkinsonienne .....	23
	a) L'akinésie .....	24
	b) La rigidité .....	24
	c) Le tremblement.....	25
	2. Signes non moteurs .....	27
	F. Evolution de la maladie .....	28
	1. La phase d'adaptation.....	28
	2. La phase d'équilibre .....	28
	3. La phase de fluctuations .....	28
	4. La phase d'envahissement.....	30
	G. Traitements médicamenteux.....	30
	1. Anticholinergiques .....	31
	2. L-DOPA .....	31
	3. Agonistes dopaminergiques .....	33
	4. Inhibiteurs de la dégradation de L-DOPA et de la dopamine .....	34
	a) Inhibiteurs de la Mono-Amine-Oxydase B (IMAO-B) .....	34
	b) Inhibiteurs de la Cathécol-O-Méthyl-Transférase (ICOMT) .....	35
	5. Amantadine .....	35
	6. Choix thérapeutique .....	36
	H. Traitement chirurgical .....	37
	I. Traitements non médicamenteux.....	39
III.	QU'EST-CE QUE LA MALADIE D'ALZHEIMER ? .....	40
	A. Généralités.....	40
	B. Physiopathologie .....	41
	C. Facteurs de risques .....	42
	1. L'âge et le sexe.....	42
	2. Les facteurs génétiques.....	43
	3. Les autres facteurs .....	44
	D. Comment identifier un patient atteint d'Alzheimer ? .....	44

1.	Le profil des troubles cognitifs.....	44
2.	Examens complémentaires .....	48
E.	Symptômes de la DTA .....	48
1.	Troubles cognitifs .....	48
a)	L'amnésie .....	48
b)	L'aphasie .....	49
c)	L'apraxie .....	50
d)	L'agnosie.....	50
2.	Troubles psycho-comportementaux .....	50
3.	Troubles d'apparition tardive .....	51
F.	Evolution de la maladie .....	51
1.	La phase initiale.....	52
2.	La phase d'état.....	52
3.	La phase terminale.....	52
G.	Les traitements .....	53
1.	Choix thérapeutique .....	54
2.	Anticholinestérasiques.....	54
3.	Anti-glutamates .....	55
4.	Psychotropes.....	55
5.	Traitements non médicamenteux .....	55
IV.	QU'EST-CE-QUE LE MAINTIEN A DOMICILE ? .....	56
A.	La dépendance des personnes âgées.....	56
1.	Définition.....	56
2.	Evaluation de la dépendance .....	57
B.	La mise en place du MAD.....	59
1.	Les objectifs .....	59
2.	Les principaux acteurs.....	60
3.	La relation pharmacien d'officine et prestataire de santé.....	61
C.	Un marché en croissance .....	63
D.	Le remboursement du matériel médical .....	64
V.	LE MAD A DOMICILE .....	65
A.	L'aménagement de la chambre.....	65
1.	Le lit médicalisé .....	65
2.	Matelas, oreiller et coussin de positionnement .....	67
3.	Les principaux accessoires .....	70
4.	Le siège coquille .....	73
5.	Le fauteuil de relaxation .....	74
B.	L'aide aux transferts et à la mobilité .....	75

1. Les cannes .....	75
2. Déambulateur et rollator .....	77
3. Le fauteuil roulant .....	78
a) Critères de choix.....	79
b) Différents types de véhicules.....	80
c) Les adjonctions possibles .....	83
4. Le soulève malade et le verticalisateur .....	84
C. L'aide à l'hygiène .....	85
1. Pour éviter de glisser .....	85
2. Pour entrer dans la baignoire .....	86
3. Pour se relever.....	86
4. Pour limiter vos efforts.....	87
5. Pour faciliter l'accès aux toilettes .....	87
6. Autres aides à la toilette .....	88
D. L'aide pour le repas .....	88
E. L'aide pour l'habillement .....	89
VI. CAS PRATIQUES .....	90
A. Cas 1 : Patient PARKINSON .....	90
B. Cas 2 : Patiente ALZHEIMER .....	98
VII. SIMILITUDES/DIFFERENCES ENTRE PARKINSON ET ALZHEIMER EN MAD	103
VIII. ENQUETE SUR LE MAD.....	107
IX. LES LIMITES DU MAD.....	115
X. LE ROLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE.....	117
XI. CONCLUSION.....	118

## I. INTRODUCTION

La population française vieillit. Nous constatons que la proportion de personnes âgées ne cesse d'augmenter et devrait doubler entre 2010 et 2060. Ce vieillissement de la population est la conséquence d'un allongement de l'espérance de vie et s'annonce comme l'un des défis majeurs de ce siècle.

Simultanément, une forte progression du nombre de personnes âgées dépendantes est observée. La perte d'autonomie, définie comme l'incapacité à se gouverner soi-même, est un fardeau important tant pour les personnes concernées que pour leur entourage. Or, vivre chez soi, le plus longtemps possible est le souhait de la majorité des personnes âgées. Dans ce contexte, le maintien à domicile (MAD), véritable enjeu de santé publique, est en pleine expansion et tend à se développer en officine.

Les pathologies neuro-dégénératives sont les plus couramment citées à l'origine de la perte d'autonomie du sujet âgé, d'institutionnalisation et d'hospitalisation. Leur évolution est progressive et variable d'un patient à l'autre, avec l'apparition d'une dépendance et un retentissement sur les activités de la vie quotidienne. La prise en charge en MAD permet d'améliorer la qualité de vie des malades. Elle doit être adaptée à chaque patient, à chaque moment de l'évolution de la maladie et requiert les compétences de plusieurs intervenants agissants en synergie.

Après avoir exposé Parkinson et Alzheimer, les pathologies neuro-dégénératives les plus fréquemment rencontrées en MAD, le vieillissement de la population ainsi que les problèmes de dépendance qu'il engendre, nous verrons comment s'organise actuellement le MAD au sein de l'officine et au domicile, tout en montrant que le pharmacien reste un acteur incontournable dans la délivrance de matériel médical.

L'objectif de ce travail est d'étudier la plus-value apportée par le MAD, en termes d'amélioration de la qualité de vie du patient à domicile, au travers de cas pratiques.

Nous évaluerons les résultats d'une enquête menée auprès de patients et de leur entourage au sujet du MAD. Tant sur leurs besoins, leurs attentes et finalement l'impact du maintien du patient à domicile sur leur vie. Pour ce faire, j'ai travaillé en collaboration avec un prestataire en matériel médical délivré à l'officine, un accueil de jour ainsi qu'une association d'aide aux malades et aidants.

J'ai élaboré un questionnaire, en support de mon sujet de thèse, que j'ai distribué à un panel de familles de patients concernés par mon étude.

Enfin, dans une dernière partie, nous traiterons des aides apportées à la famille lorsque le maintien du patient à domicile n'est plus possible.

## II. QU'EST-CE QUE LA MALADIE DE PARKINSON ?

### A. Généralités

La maladie de Parkinson (MP) a été décrite pour la première fois en 1817 par Sir James Parkinson. L'âge moyen du diagnostic étant de 58 ans<sup>1</sup>, il existe néanmoins des formes précoces débutants aux alentours de 40 ans (10%) ou plus tardives, après 75 ans.<sup>2</sup>

Parmi les maladies neurodégénératives, la MP est celle dont le nombre de cas a le plus augmenté entre 1990 et 2015 : il a plus que doublé. Selon le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire<sup>3</sup>, F. Moisan et coll. ont estimé que le nombre de patients parkinsoniens traités fin 2015 était de l'ordre de 160 000. De nos jours, au niveau mondial, près de 5 millions de personnes sont atteintes de la MP. En France, on compte plus de 200 000 personnes touchées. L'incidence annuelle de la maladie représente environ 25 000 nouveaux cas référencés par an.<sup>4</sup> La prévalence augmente fortement avec la tranche d'âge : de 0,6% chez les sujets âgés de 65 ans, elle passe à 2,6% chez les sujets de 85 ans.<sup>5</sup> Concernant les hommes, ils semblent être atteints environ 1,5 fois plus souvent que les femmes.<sup>6</sup>

### B. Physiopathologie

Il s'agit d'une affection dégénérative des voies nigro-striées. C'est au 20<sup>ème</sup> siècle que la localisation cérébrale des lésions expliquant la MP a été confirmée et que l'atteinte de la substance noire, composée d'un ensemble de neurones qui ont pour rôle la fabrication et la libération de la dopamine, a été décrite.

La dopamine est un neurotransmetteur indispensable au contrôle des mouvements du corps, en particulier, automatiques.

---

<sup>1 3</sup> Association France Parkinson | Lutte contre la maladie. (2021, 15 janvier). France Parkinson. <https://www.franceparkinson.fr/> (vu le 10/04/2021)

<sup>2</sup> Dujardin, K., & Defebvre, L. (2007). Neuropsychologie de la maladie de Parkinson (2e éd.). Masson.

<sup>4</sup> Vidailhet M. Éditorial. Surveillance épidémiologique de la maladie de Parkinson en France. Bull Epidémiol Hebd. 2018;(8-9):126-7 [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/8-9/2018\\_8-9\\_0.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/8-9/2018_8-9_0.html) (vu le 10/04/2021)

<sup>5</sup> Bonnet, A.-M., & Hergueta, T. (2016). La maladie de Parkinson au jour le jour (2e éd.). John Libbey Eurotext.

<sup>6</sup> Collège des enseignants de Neurologie - Référentiels des Collèges (5e éd.). (2019). Elsevier/Masson.

Les neurones dopaminergiques sont situés à la base du cerveau. Par fixation sur des récepteurs dopaminergiques, ils transmettent l'information au striatum qui est situé dans la profondeur de chacun des hémisphères cérébraux. Cet ensemble constitue les noyaux gris centraux.

Les noyaux gris centraux sont constitués de trois portions distinctes, pouvant être altérées dans la MP : <sup>7</sup>

- Motrice (qui contrôle la motricité),
- Associative (qui a un rôle dans la cognition et l'intellect)
- Limbique (qui joue sur les émotions)

La MP peut ainsi être définie comme une perte de neurones dopaminergiques, qui touchés, vont dégénérer jusqu'à disparaître progressivement au niveau des noyaux gris centraux. La disparition des neurones provoque ainsi un déficit en dopamine dans le cerveau. Le patient devra notamment penser ses mouvements, qu'il réalisait autrefois automatiquement.

De plus, des inclusions arrondies peuvent être présentes dans les neurones atteints restants. Il s'agit des corps de Lewy, des lésions non dopaminergiques, conséquences de l'accumulation d'une protéine, l' $\alpha$ -synucléine, induisant la mort des neurones.

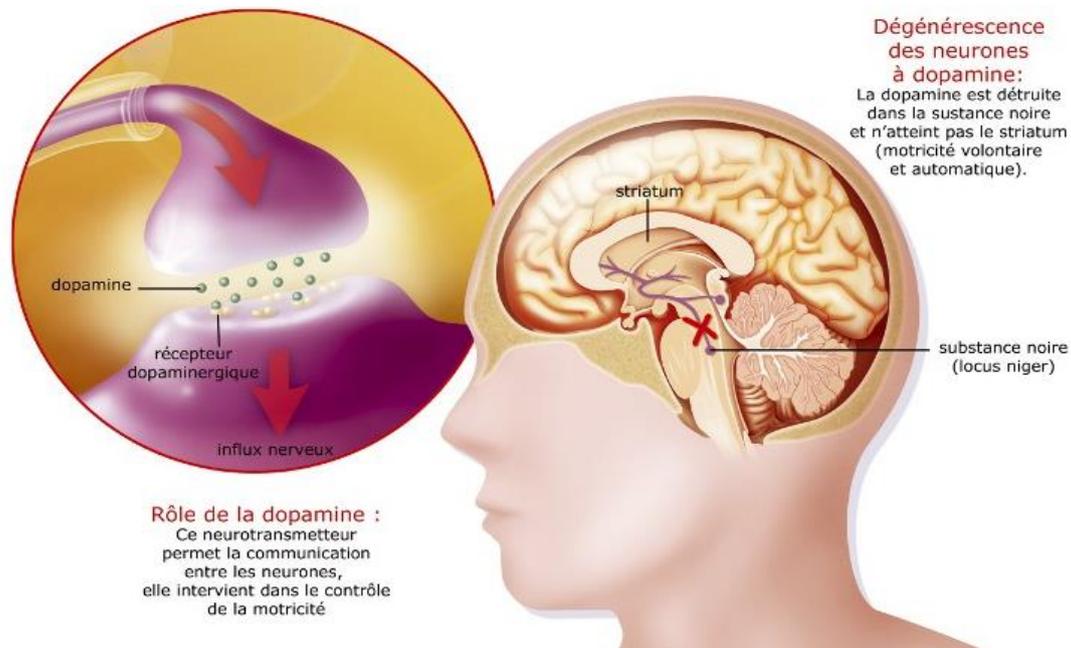


Figure 1 : Physiopathologie de la MP <sup>8</sup>

<sup>7</sup> Bonnet, A.-M., Hergueta, T., & Czernecki, V. (2013). La maladie de Parkinson, au-delà des troubles moteurs (2e éd.). John Libbey Eurotext.

<sup>8</sup> Origine de la maladie de parkinson. (2017, 10 avril). <http://www.maladiede.com/origine-de-la-maladie-de-parkinson/> (vu le 10/04/2021)

Dans la MP, d'autres systèmes (noradrénergique, sérotoninergique et cholinergique) voient également leurs concentrations en neurotransmetteurs diminuer. La diminution en sérotonine et noradrénaline pourrait expliquer une éventuelle dépression, quant à l'acétylcholine, elle joue un rôle dans les mécanismes de la marche et de la mémoire.<sup>9</sup>

### C. Facteurs de risques<sup>10</sup>

#### 1. Les facteurs génétiques

La majorité des cas de MP observés sont des cas sporadiques.

Les formes familiales ne sont présentes que dans 10 à 15% des cas et débutent en général plus précocement entre 35 et 40 ans. A ce jour, les études ont permis de découvrir 20 locus et plus de 10 gènes impliqués.

#### 2. Les facteurs environnementaux

Des substances neurotoxiques peuvent être en cause. Parmi elles, le MPTP (1 méthyl-1,2,4,6-tetrahydropyridine), substance dérivée de la mépéridine (proche du LSD ou N,N-diéthyllysergamide) entraîne des symptômes typiques de la maladie, en bloquant une enzyme nécessaire au fonctionnement énergétique de la cellule. D'autres substances proches comme le paraquat et la roténone pourraient entraîner des syndromes parkinsoniens. Des études s'intéressent également à l'action toxique des plantes de la famille des annonacées (par exemple : ylang-ylang, pommier-cannelle, cœur de bœuf), dont la consommation est à l'origine de syndromes parkinsoniens atypiques rencontrés chez des personnes ayant conservé l'utilisation de tisanes contenant ce type de végétal dans leurs habitudes alimentaires.

De plus, la reconnaissance de la MP en tant que maladie professionnelle est validée par le décret du 4 mai 2012 (herbicides, pesticides, fongicides, solvants organiques ou métaux lourds pourraient avoir un lien entre l'apparition de la maladie et l'exposition à ces neurotoxiques).<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> Bonnet, A.-M., & Hergueta, T. (2016). La maladie de Parkinson au jour le jour (2e éd.). John Libbey Eurotext.

<sup>10</sup> Bonnet, A.-M., & Hergueta, T. (2016). La maladie de Parkinson au jour le jour (2e éd.). John Libbey Eurotext.

<sup>11</sup> Maltête D. (2015) Chapitre 2 - Procédure de reconnaissance comme maladie professionnelle. Defebvre L, Vérin M. La maladie de Parkinson. Elsevier Masson.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294742323000027> (vu le 10/04/2021)

La mort neuronale s'explique actuellement par l'hypothèse du stress oxydatif. En conséquence, sur un terrain génétique particulier, un agent environnemental pourrait entraîner un dysfonctionnement de la chaîne respiratoire mitochondriale. Ce dysfonctionnement serait provoqué par une production excessive de radicaux libres dans le neurone ou par un défaut de leur élimination, ce qui enclencherait le programme d'apoptose des neurones dopaminergiques.

#### D. Comment identifier un patient parkinsonien ?

On estime que les malades consultent une ou deux années après l'apparition des premiers signes moteurs de la maladie. Or, la perte neuronale débute bien avant. Une perte de 50 à 60% des neurones est nécessaire avant la survenue, sur le plan clinique, des principaux signes moteurs.<sup>12</sup>

Des signes avant-coureurs discrets peuvent exister lors de la période « pré-motrice » tels que : une fatigabilité, une difficulté à se concentrer ou une baisse de rendement dans la réalisation des tâches quotidiennes.

La plupart du temps, le diagnostic de la maladie est masqué car ces différents signes qui sont alors interprétés comme des symptômes dépressifs.

En tant que pharmacien, nous devons être vigilants à ces troubles, dont le repérage est difficile.

Nous devons interroger la famille du malade, faire preuve d'écoute, d'empathie et orienter le patient vers une consultation chez un spécialiste. Le diagnostic est clinique, il repose sur la constatation des symptômes ainsi que l'appréciation de l'état général du patient. Aucun examen complémentaire n'est justifié, sauf chez les sujets de moins de 40 ans (IRM cérébrale pour permettre une analyse morphologique du cerveau et bilan du cuivre afin d'exclure une maladie de wilson).<sup>13</sup> En examen complémentaire, la tomographie par émission de positons (TEP) permet d'observer le système dopaminergique au niveau de la synapse nigrostriale, afin d'évaluer la capacité du cerveau à produire de la dopamine.

---

<sup>12</sup> Collège des enseignants de Neurologie - Référentiels des Collèges (5e éd.). (2019). Elsevier/Masson.

<sup>13</sup> Collège des enseignants de Neurologie - Référentiels des Collèges (5e éd.). (2019). Elsevier/Masson.

Lorsque le diagnostic est posé, l'évolution de la pathologie est mesurée par des outils spécifiques tel que l'UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scale ou échelle d'évaluation unifiée de la maladie de Parkinson).<sup>14</sup> Il s'agit de l'outil le plus fiable (Annexe 1).

Il comprend 6 sections :

- Trois sections de l'échelle UPDRS qui évaluent les principaux domaines de handicap,
- La quatrième section évalue les éventuelles complications du traitement,
- Deux autres échelles d'évaluation de la MP : les stades de Hoehn et Yahr, et l'échelle de qualité de vie de Schwab et England.

Le score pour chaque item varie de 0 à 4 (absent : 0, léger et rarement présent : 1, modéré, gênant votre proche : 2, important, gêne certaines activités : 3, marqué, gêne la plupart des activités : 4). Le score total va de 0 (pas de handicap) à 199 (incapacité totale).<sup>15</sup>

## E. Symptômes de la MP

### 1. Symptômes moteurs : la triade parkinsonienne

Il existe trois principaux symptômes variables : les mouvements ralentis, la raideur musculaire, le tremblement. Les signes de cette triade se manifestent de façon unilatérale et asymétrique tout au long de la maladie.

Ces symptômes diffèrent d'une personne à une autre et leur importance est en rapport avec l'étendue de la perte en neurones. Plus le nombre de neurones dopaminergiques détruits est important, plus les troubles moteurs seront sévères. Leur intensité diffère d'un moment ou d'un jour à l'autre, et varie en fonction de nombreux facteurs (émotions, effort de concentration, repos...).

---

<sup>14</sup> Clarke CE, Patel S, Ives N, Rick CE, Woolley R, Wheatley K, & al. UK Parkinson's Disease Society Brain Bank Diagnostic Criteria. NIHR Journals Library (2016). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK379754/> (vu le 10/04/2021)

<sup>15</sup> A., Y. (2019, 11 février). Tout savoir sur l'évaluation de la maladie de Parkinson avec l'échelle UPDRS. Cap Retraite. <https://www.capretraite.fr/prevenir-dependance/maladie-parkinson/evaluation-de-maladie-de-parkinson-echelle-updrs/> (vu le 10/04/2021)

a) L'akinésie

Il s'agit du signe clinique principal et pourtant le moins connu par les personnes atteintes : akinésie (difficulté d'initiation du mouvement, perte des mouvements automatiques) ou bradykinésie (lenteur du mouvement) ou hypokinésie (pauvreté du mouvement).<sup>16</sup>

Le patient atteint ressent son trouble comme une faiblesse, une fatigue, une incapacité à effectuer un mouvement, une difficulté à faire deux choses à la fois et plus rarement, à une sensation d'engourdissement, de membre mort, de paralysie.

De manière globale, toute la gamme des actes moteurs est atteinte, en particulier :

- La marche : difficulté au démarrage, lente, à petits pas, pas trainant
- Les mimiques : faciès figé, diminution du clignement des paupières
- La parole : assourdie, lente, monocorde avec parfois une accélération du débit verbal
- L'écriture : micrographie <sup>17</sup>

La gêne concerne aussi des gestes courants : lacer ses chaussures, le boutonnage des vêtements, enfiler une manche, chercher la monnaie dans son porte-monnaie, ouvrir un bocal.

b) La rigidité

L'hypertonie, raideur ou la résistance aux mouvements touchent principalement le poignet et le coude. La rigidité est dite plastique, en tuyau de plomb, c'est-à-dire que la résistance est continue à l'extension du membre et cède par à-coup avec un relâchement musculaire saccadé, appelé signe de la roue dentée. Elle s'observe fréquemment au repos dans la posture en position de détente lorsque les articulations sont mobilisées de façon passive : crispée, voutée en avant, la tête baissée et plus rarement sur le côté (phénomène de la Tour de Pise).<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> HAS, Guide du parcours de soins – Maladie de Parkinson. (2016, septembre). [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide\\_parcours\\_de\\_soins\\_parkinson.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_parkinson.pdf) (vu le 10/04/2021)

<sup>17</sup> Delon, B., Lambard, C., Tenza, M., & Vidal, L. (2013). Défaillances organiques et processus dégénératifs. Vuibert.

<sup>18</sup> Association France Parkinson | Lutte contre la maladie. (2021, 15 janvier). France Parkinson. <https://www.franceparkinson.fr/> (vu le 10/04/2021)

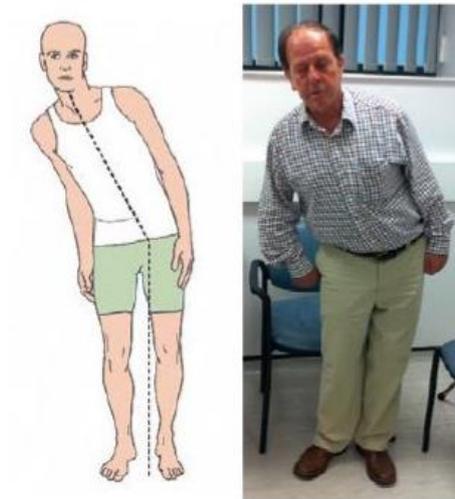


Figure 2 : Syndrome de la tour de Pise <sup>19</sup>

c) Le tremblement

Généralement lent, il s'agit d'un signe clé absent chez jusqu'à 30% des patients lors du diagnostic qui s'observe au repos, et disparaît lors du mouvement volontaire. Il est très sensible à l'environnement et peut disparaître dans le calme, alors qu'il est majoré par des facteurs tels que les émotions, les efforts de concentration ou le calcul mental.

Le tremblement prédomine au niveau des extrémités (pouces, index, poignets, jambes) et peut toucher les lèvres et le menton.<sup>20</sup> Il est facilement diagnostiqué lorsque le patient est assis avec appui des poignets sur ses jambes, en position de « cocher de fiacre ».<sup>21</sup>

<sup>19</sup> <http://www.decapole68240.fr/parkinson.pdf> (vu le 10/04/2021)

<sup>20</sup> HAS, Guide du parcours de soins – Maladie de Parkinson. (2016, septembre). [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide\\_parours\\_de\\_soins\\_parkinson.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parours_de_soins_parkinson.pdf) (vu le 10/04/2021)

<sup>21</sup> Delon, B., Lambard, C., Tenza, M., & Vidal, L. (2013). Défaillances organiques et processus dégénératifs. Vuibert.



Figure 3 : Position du cocher de fiacre <sup>22</sup>

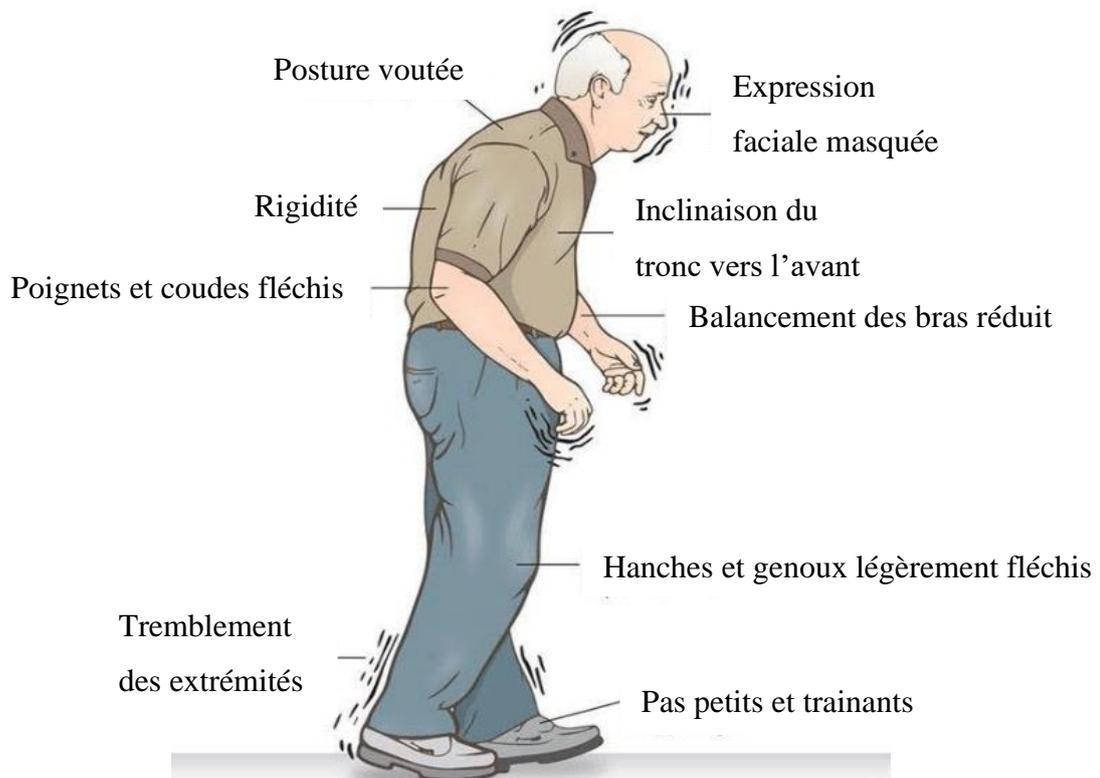


Figure 4 : symptômes moteurs de la MP <sup>23</sup>

<sup>22</sup> Position cocher de fiacre - Google zoeken. (2015). <http://delta-medecine.org> (vu le 23/10/2021)

<sup>23</sup> [https://www.researchgate.net/figure/Typical-symptomatic-appearance-of-a-patient-with-Parkinsons-disease17\\_fig1\\_342612069](https://www.researchgate.net/figure/Typical-symptomatic-appearance-of-a-patient-with-Parkinsons-disease17_fig1_342612069) (vu le 10/04/2021)

## 2. Signes non moteurs<sup>24</sup>

La MP présente également des signes non moteurs que l'on classe en 3 catégories :

① Dysautonomiques : ces signes sont fréquents et deviennent constant au cours de l'évolution de la pathologie.

Ils concernent l'ensemble des signes neurovégétatifs et altèrent principalement les fonctions :

- Digestives : hypersalivation avec perte de l'automatisme d'avaler sa salive, dysphagie causée par l'akinésie buccolinguale et responsable de problème de déglutition, constipation,
- Cardiovasculaires : hypotension orthostatique qui peut entraîner des chutes,
- Vésico-sphinctériennes : pollakiurie nocturne, urgence mictionnelle,
- Respiratoires

② Sensitifs : 40 à 70% des cas sont concernés par ces douleurs de types :

- Neuropathiques : fourmillements, brûlures, sensation de froid intense et engourdissement,
- Musculosquelettiques : crampes, contractures musculaires du cou, rachis ou mollet

③ Psycho-cognitifs : dans 70 à 80% des cas, des troubles du sommeil (insomnie, somnolence diurne, fragmentation du sommeil) se manifestent chez les patients parkinsoniens et leurs origines sont nombreuses (troubles urinaires, crampes nocturnes, syndrome des jambes sans repos). On peut également retrouver des troubles du comportement tels que des hallucinations visuelles, des délires de persécution, l'apathie, des troubles du contrôle des pulsions (conduites alimentaires, jeux pathologiques, hypersexualité, achats compulsifs). La dépression est présente dans 30% des cas.

---

<sup>24</sup> Azulay J-P, Witjas T, & Eusebio A (2017, 01 mars). Les signes non moteurs de la maladie de Parkinson. Presse Médicale.

## F. Evolution de la maladie

L'évolution est lente et comprend quatre phases bien différenciées.

### 1. La phase d'adaptation

Elle débute par l'apparition des premiers signes cliniques et ainsi l'annonce du diagnostic. Le malade doit alors faire face à sa pathologie, la comprendre et l'accepter. La perception du retentissement de la maladie sur la vie quotidienne est émotionnellement intense pour le patient.

Un accompagnement ainsi que la prise en charge du stress, de l'anxiété occasionnée, par un psychothérapeute est parfois nécessaire. A ce stade, le traitement médicamenteux suffit pour contenir les premiers symptômes et peut être complété par la pratique d'activités physiques et la kinésithérapie dans le but de prévenir les troubles posturaux, lutter contre la limitation des mouvements des articulations, ou entretenir la force musculaire.

Durant cette phase, un bilan moteur est réalisé tous les trois mois, afin de rechercher de nouvelles manifestations cliniques.

### 2. La phase d'équilibre

Aussi appelée « phase lune de miel », il s'agit d'une période d'accalmie, de stabilisation tant du point de vue du traitement avec une réponse positive que du point de vue psychologique. Cette période paisible débute alors pour durer 5 à 7 ans en moyenne. L'autonomie du patient est maintenue, associée à une auto prise en charge ainsi qu'un quotidien pratiquement normal.

### 3. La phase de fluctuations

La MP progresse, reprend le dessus et devient plus difficile à accepter. La triade symptomatique est majorée, et des troubles neuropsychiatriques apparaissent. Cette phase est décrite comme

une rupture de l'équilibre général et la survenue de turbulences : fluctuations motrices, dyskinésies ainsi qu'une réponse thérapeutique variable.

Elle se caractérise par des variations de l'état moteur qui consistent en : <sup>25</sup>

- Un état débloqué ou « on » : effet des traitements satisfaisant avec peu de symptômes, motricité pratiquement normale
- Un état bloqué ou « off », où les signes de la maladie sont présents

Les périodes « on » sont les meilleurs moments pour poursuivre la kinésithérapie, de façon à lutter contre l'akinésie, la rigidité et à maintenir les adaptations posturales, la coordination, et la marche.

Au cours des périodes « off », les séances de kinésithérapie traiteront principalement de l'apprentissage des méthodes de facilitation, de l'initiation des mouvements, du maintien et des changements de positions (par exemple : se lever d'un siège ou marcher).

Il existe trois types de fluctuations motrices prévisibles correspondant à un raccourcissement des phases de déblocage, suivant la prise de lévodopa :

- L'akinésie de fin de dose, un raccourcissement de la durée d'action de la lévodopa : après chaque prise de lévodopa, le bénéfice lié à l'effet de cette prise se termine après quelques heures et les signes réapparaissent avant que la prise suivante n'agisse.
- L'akinésie nocturne : un retour des signes parkinsoniens loin de la dernière prise de lévodopa du soir (difficultés à se retourner dans le lit, à se lever pour aller aux toilettes, retour du tremblement ou douleurs liées à la raideur entraînant une insomnie).
- L'akinésie du matin : retour des signes au réveil avec des crampes, akathisie (agitation intérieure avec envie irrésistible de bouger), hypersudation, hypertension artérielle et anxiété.

Des fluctuations non motrices imprévisibles, sans rapport temporel avec les prises de lévodopa, sont observées :

- L'akinésie circadienne : période de blocage tous les jours, à la même heure, quel que soit le traitement.

---

<sup>25</sup> Bonnet, A.-M., & Hergueta, T. (2016). La maladie de Parkinson au jour le jour (2e éd.). John Libbey Eurotext.

- Les dyskinésies : mouvements anormaux involontaires pendant les périodes « on », le plus souvent incoordonnés appelés mouvements choréiques (hypotonie, relâchement musculaire des extrémités) ou dystoniques (contractions musculaires soutenues). Ces mouvements sont brusques, brefs et irréguliers.

Ces complications peuvent être limitées par un ajustement précis des doses et des horaires de prises de la L-Dopa, mais non totalement évitées. A ce stade, on conseille au patient de tenir un carnet d'autosurveillance afin d'adapter au mieux le traitement.

#### 4. La phase d'envahissement

Cette phase correspond à une période de déclin moteur et cognitif. Les périodes « on » diminuent progressivement. Les signes végétatifs s'amplifient. Quant aux signes axiaux (chutes, troubles de la parole, perte d'équilibre, troubles de déglutition), ils deviennent très présents. Les symptômes ont un retentissement important sur la vie quotidienne pour la personne atteinte ainsi que pour l'entourage et deviennent handicapants. L'autonomie du patient est restreinte et les situations de dépendance apparaissent. Les membres se déforment et les transferts sont alors difficiles. La vie quotidienne au domicile de la personne atteinte s'avère alors compliquée et des stratégies d'adaptation de la vie quotidienne, du logement, doivent être mise en place.

#### G. Traitements médicamenteux

Pour un patient atteint, l'objectif des traitements va être d'essayer de restaurer un bon équilibre entre les voies cholinergiques et dopaminergiques. La majorité des traitements va permettre d'augmenter la concentration en dopamine dans le cerveau. Il n'existe à ce jour, que des traitements symptomatiques. Ces traitements existent pour améliorer la qualité de vie des malades mais ne permettent pas d'arrêter l'évolution de la maladie. En outre, en leur absence, la maladie évolue vers une incapacité physique, également associée à une détérioration mentale.

Les limites des traitements médicamenteux actuels sont notables : aucun effet sur le processus causal, diminution de l'efficacité avec la progression de la maladie, effets secondaires importants.

## 1. Anticholinergiques <sup>26</sup>

Ils agissent par antagonisme des récepteurs muscariniques et inhibent l'action des neurones cholinergiques. On les retrouve en particulier dans les formes trémulantes et uniquement chez les patients jeunes de moins de 65 ans, sans altération cognitive, du fait de leurs effets confusogènes (hallucinations, psychoses...).

Leur titration doit être progressive. Les effets atropiniques qu'ils entraînent (sécheresse buccale, somnolence, troubles de l'accommodation, troubles mictionnels, constipation, troubles de la mémoire, confusion mentale et trouble de la mémoire, excitation) limitent leur emploi de nos jours, en plus de leur moindre efficacité.

Bipéridène	<b>AKINETON LP®</b> VO liste 1
Trihexyphénidyle	<b>ARTANE®</b> VO, IV liste 1 <b>PARKINANE LP®</b> VO liste 1
Tropatépine	<b>LEPTICUR®</b> VO, IV liste 1

## 2. L-DOPA <sup>27</sup>

La L-Dopa est le traitement de référence de la MP, le plus efficace, simple et moins onéreux avec des signes d'efficacité en particulier sur l'hypertonie et l'akinésie.

Il s'agit du précurseur de la dopamine, la lévodopa, car lui seul franchit la barrière hématoencéphalique (BHE). La L-Dopa va être absorbée au niveau intestinal, puis, transportée par le système sanguin, elle va se concentrer dans les neurones dopaminergiques au niveau du cerveau. Il y aura ensuite une transformation intracérébrale en dopamine par la dopa décarboxylase (DDC) centrale, ce qui va alors augmenter le pool de dopamine et ainsi remplacer la dopamine manquante.

<sup>26</sup> Rouhart, F., & Zagnoli, F. (2006). Maladie de Parkinson. Doin.

<sup>27</sup> Delon, B., Lambard, C., Tenza, M., & Vidal, L. (2013). Défaillances organiques et processus dégénératifs. Vuibert.

Elle ne doit être métabolisée en dopamine qu'au niveau central. En effet, la dopamine d'origine exogène ne passe pas la BHE, de plus, transformée également au niveau périphérique, elle serait utilisée par les récepteurs et serait à l'origine d'effets indésirables. En conséquence, la L-Dopa est donc toujours associée à un inhibiteur de la DDC périphérique pour réduire la quantité ingérée empêcher la formation de dopamine dans le sang, favoriser une métabolisation au niveau cérébral et ainsi, améliorer la tolérance.

<b>L-Dopa + inhibiteur de la DDC</b>	
L-Dopa + Bensérazide	<b>MODOPAR®</b> (± LP) VO liste 1
L-Dopa + Carbidopa	<b>SINEMET®</b> (± LP) VO liste 1 <b>DUODOPA®</b> gel intestinal, sachets
<b>L-Dopa + inhibiteur de la DDC + inhibiteur de la COMT</b>	
L-Dopa + Carbidopa + Entacapone	<b>STALEVO®</b> VO liste 1 <b>CORBILTA®</b> VO liste 1

On retrouve certains effets indésirables :

- Périphériques : troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhées), troubles du rythme cardiaque, hypotension orthostatique.
- Centraux : troubles psychiques (illusions visuelles, hallucinations, agitation, délire, confusion mentale, troubles du sommeil), troubles du contrôle des pulsions (hypersexualité, addiction aux jeux).

Nous avons pour rôle d'avertir le patient de la coloration brune des sécrétions qui est un phénomène normal sous ce traitement.

L'absorption de la L-Dopa est modifiée par la prise des repas qui entraînent une diminution du pic plasmatique de la prodrogue. Nous devons rappeler que la prise se fait 30 minutes avant ou une heure après le repas pour le Modopar® et à la fin du repas pour le Sinemet®.

Son usage est à retarder le plus possible ! En effet, chez tout patient parkinsonien traité, la L-dopa va perdre son efficacité après quelques années, entraînant des troubles dopa-induits, correspondant à une perte d'effet de fin de dose puis des fluctuations motrices, dyskinésies et

dystonies. Les formes dispersibles permettent d'avoir une action plus rapide et celles LP ont pour intérêt de prolonger la durée d'action de chaque prise, en maintenant des concentrations de dopamine plus durables, afin de limiter la durée et la sévérité des fluctuations motrices.

Les neuroleptiques antipsychotiques (sauf la clozapine Leponex®) et anti-émétiques (métoclopramide Primpéran®, metopimazine Vogalène®) sont contre-indiqués en association, à cause de leur action antagoniste des récepteurs D2. On préférera l'utilisation du dompéridone Motilium® qui ne passe pas la BHE et par conséquent ne provoque pas d'effets secondaires extrapyramidaux.

### 3. Agonistes dopaminergiques <sup>28</sup>

Les agonistes dopaminergiques sont des analogues structuraux de la dopamine qui vont stimuler directement les récepteurs dopaminergiques des neurones. Ils ont une forte affinité pour les récepteurs D2. Les effets sont identiques à ceux de la L-dopa. Ils sont instaurés progressivement en association avec la L-dopa permettant de diminuer la durée et l'intensité des dyskinésies, mais peuvent être utilisés en monothérapie pour retarder l'introduction de la dopa-thérapie et la survenue de complications motrices.

Leurs effets indésirables sont similaires à ceux de la L-Dopa (nausées, vomissements, hypotension orthostatique, troubles du comportement, confusion).

<b>Agonistes dopaminergiques non ergotés</b>	
Apomorphine	<b>APOKINON®</b> SC liste 1
Piribébil	<b>TRIVASTAL®</b> (± LP) VO liste 2
Ropinirole	<b>REQUIP®</b> (± LP) VO liste 1
Pramipéxole	<b>SIFROL®</b> (± LP) VO liste 1
Rotigotine	<b>NEUPRO®</b> dispositif transdermique liste 1

<sup>28</sup> Delon, B., Lambard, C., Tenza, M., & Vidal, L. (2013). Défaillances organiques et processus dégénératifs. Vuibert.

<b>Agonistes dopaminergiques dérivés de l'ergot de seigle</b>	
Bromocriptine	<b>PARLODEL® VO</b> liste 1

L'apomorphine en solution injectable peut être utilisée en administration discontinue (à l'aide d'un stylo prérempli) ou continue (à l'aide d'une pompe). Son effet est immédiat (2 à 10 minutes) et permet un déblocage moteur rapide, mais de courte durée (1 heure). Elle a un fort pouvoir émétisant et hypotenseur, supérieur aux autres agonistes dopaminergiques. Son intérêt est d'être injectée la nuit pour permettre au malade de se rendormir après un réveil dans un état « off » souvent accompagné de crampes ou dans la journée pour une prolongation de la période « on ».

La bromocriptine peut occasionner une fibrose pulmonaire ou cardiaque, des vasospasmes ou un syndrome de Raynaud.

#### 4. Inhibiteurs de la dégradation de L-DOPA et de la dopamine<sup>29</sup>

##### a) Inhibiteurs de la Mono-Amine-Oxydase B (IMAO-B)

Ils sont utilisés en monothérapie dans les formes débutantes de MP ou en association avec la L-dopa dans les formes fluctuantes pour prolonger son effet thérapeutique. En association, ils renforcent l'action de la L-dopa et permettent une diminution de la posologie, en inhibant l'enzyme responsable de la dégradation de la dopamine libérée dans les synapses. On retrouve les mêmes effets indésirables la L-dopa en plus d'un risque d'augmentation des transaminases.

Rasagiline	<b>AZILECT® VO</b> , liste 1
Sélégiline	<b>DEPRENYL® VO</b> , liste 1

<sup>29</sup> Delon, B., Lambard, C., Tenza, M., & Vidal, L. (2013). Défaillances organiques et processus dégénératifs. Vuibert.

b) Inhibiteurs de la Cathécol-O-Méthyl-Transférase (ICOMT) <sup>30</sup>

L'entacapone est un inhibiteur périphérique sélectif et réversible de la COMT. Il bloque le catabolisme de la L-Dopa et augmente la biodisponibilité de la L-Dopa tout en freinant sa dégradation. Il est toujours administré en adjonction à la L-Dopa chez les patients souffrant de fluctuations motrices de fin de dose. Les troubles digestifs (nausées, vomissements) sont les effets indésirables les plus rencontrés. Nous devons également prévenir le patient du risque de coloration brune des urines et autres sécrétions.

La tolcapone est un inhibiteur central et périphérique de la COMT qui n'est utilisé qu'en cas d'intolérance à l'entacapone, du fait des risques hépatiques importants qu'elle entraîne. Elle est donc contre indiquée en cas d'atteintes hépatiques, et la fonction hépatique doit être contrôlée avant le traitement puis toutes les 2 semaines pendant la première année.

Entacapone	<b>COMTAN<sup>®</sup></b> VO, liste 1 <b>STALEVO<sup>®</sup></b> (+ L-Dopa) VO, liste 1
Tolcapone	<b>TASMAR<sup>®</sup></b> VO, liste 1

5. Amantadine

Elle agirait en stimulant la libération de dopamine dans le cerveau selon un mécanisme d'action mal défini. Découverte comme antiviral, elle serait à la fois agoniste D1 et D2 et antagoniste cholinergique et glutamatergique.

Elle peut alors être responsable d'effets indésirables atropiniques (sécheresse buccale, rétention urinaire, insomnie, constipation). Elle présente uniquement une action sur l'akinésie.

Amantadine	<b>MANTADIX<sup>®</sup></b> VO, liste 1
------------	---

---

<sup>30</sup> Delon, B., Lambard, C., Tenza, M., & Vidal, L. (2013). Défaillances organiques et processus dégénératifs. Vuibert.

## 6. Choix thérapeutique

La décision d'initier le traitement est guidée par plusieurs facteurs. Dans la MP, l'adaptation thérapeutique du traitement palliatif, est progressive, en débutant par de petites doses afin de trouver la posologie minimale efficace et de limiter les effets indésirables.

Le traitement symptomatique ne doit être instauré que lorsque la plainte fonctionnelle le justifie, empêchant le patient de mener une vie normale. En effet, selon la conférence de Consensus de 2000 <sup>31</sup>, il tient principalement compte de l'âge et de la gêne fonctionnelle du patient :

- En l'absence de retentissement moteur, les traitements médicamenteux ne sont pas indispensables. Aucun traitement n'est initié jusqu'à ce qu'une gêne apparaisse.
- Lorsque la gêne est minime : agonistes dopaminergiques, sélégiline, anticholinergiques peuvent être utilisés en fonction du symptôme prédominant et de l'âge
- Lorsqu'il existe un retentissement fonctionnel, l'âge conditionne le traitement :

- ① Chez le sujet jeune (moins de 60 ans), il convient de privilégier les agonistes dopaminergiques, le plus longtemps possible, afin de limiter la survenue des dyskinésies sous L-Dopa. Le recours à la dopathérapie se justifie en cas d'intolérance ou de réponse thérapeutique insuffisante. La dose de L-Dopa devra rester la plus faible possible.
- ② Entre 60 et 70 ans, le choix se fait en fonction de l'état cognitif du patient, de son statut socio-professionnel et de sa demande. Chez un patient actif, dont l'état cognitif est bon, l'emploi d'agoniste dopaminergique sera privilégié. En cas de patient peu autonome, présentant des antécédents lourds et des troubles cognitifs, la L-Dopa sera administrée.
- ③ Chez le sujet âgé (plus de 70 ans), la L-Dopa est utilisée en première intention. L'apparition d'un déclin cognitif doit conduire à utiliser les doses minimales efficaces.

---

<sup>31</sup> Conférence de consensus 2000. La maladie de Parkinson : Critères diagnostiques et thérapeutiques. Paris, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, 3 mars 2000

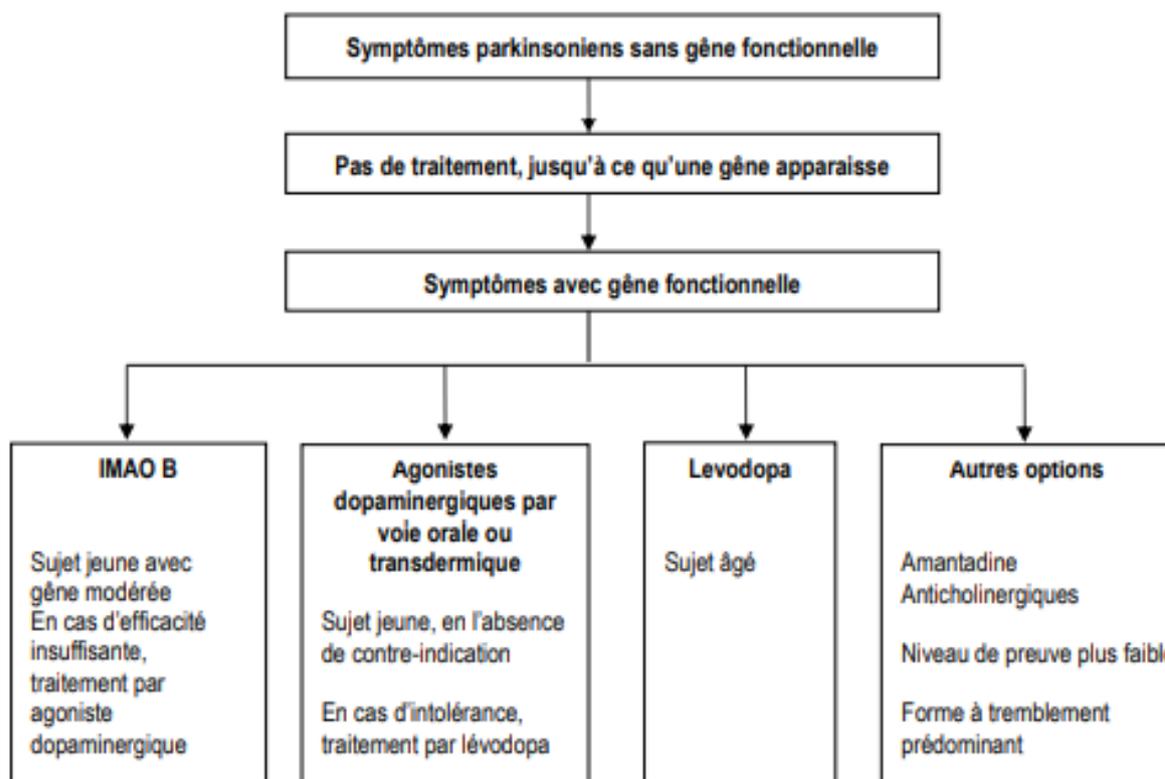


Figure 5 : Traitements médicamenteux des troubles moteurs<sup>32</sup>

#### H. Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical permet d'effectuer une stimulation cérébrale profonde des noyaux sous thalamiques (NST). Pour cela, deux électrodes sont implantées dans le cerveau du patient. Elles sont reliées entre elles par un fil placé en sous-cutané mais également à un neurostimulateur, lui-même implanté au niveau sous-claviculaire. Ce stimulateur envoie des impulsions électriques qui stimulent la sécrétion de dopamine. L'émission et l'intensité sont réglables par le patient.

Ce traitement n'est envisagé qu'en cas de symptômes invalidants malgré une pharmacothérapie optimisée. Il est réservé aux patients âgés de moins de 70 ans, souffrant d'une MP définie selon les critères internationaux. La maladie doit évoluer depuis au moins 5 ans. L'état général ou physiologique du patient doit être satisfaisant sans maladie chronique, sans déclin cognitif et sans troubles du comportement non contrôlés. De plus, une IRM encéphalique doit être réalisée pour éviter les complications chirurgicales.<sup>33</sup>

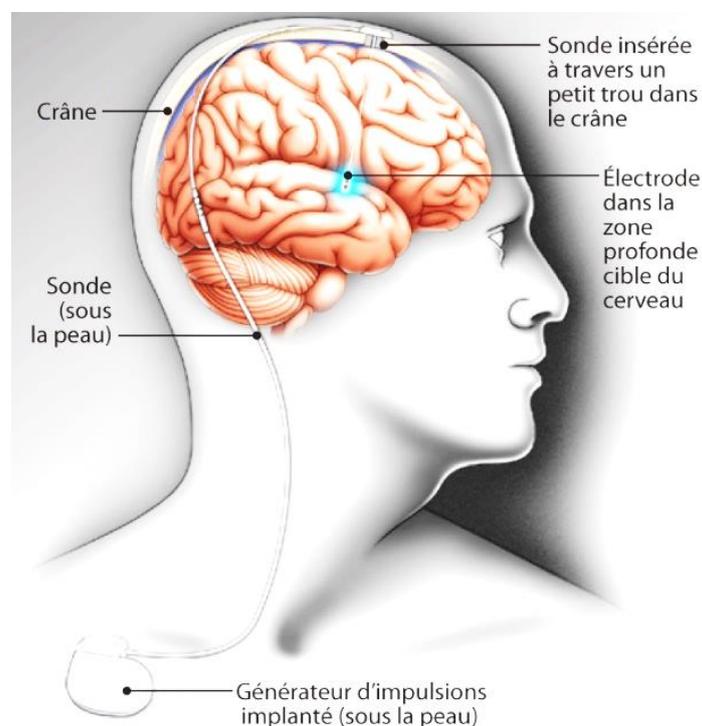
<sup>32</sup> HAS, Guide du parcours de soins – Maladie de Parkinson. (2016, septembre). [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide\\_parcours\\_de\\_soins\\_parkinson.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_parkinson.pdf) (vu le 12/04/2021)

<sup>33</sup> Fraix V (2015). Chapitre 14 - Traitement chirurgical. Defebvre L, Vérin M. La maladie de Parkinson. Elsevier Masson. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294742323000143> (vu le 12/04/2021)

La stimulation du NST reproduit les effets de la dopathérapie et élimine les fluctuations propres à ce traitement lorsqu'il est administré au long cours. Il est ainsi efficace pour traiter les dyskinésies et les fluctuations, permettant d'être en période « on » tout le temps.

Après un an de SCP du NST, les activités de la vie quotidienne et les symptômes moteurs sont améliorés de 60% comparés à l'état pré chirurgical sans médicament. La stimulation permet d'améliorer en moyenne de 80% le tremblement, 67% la rigidité, 56% l'akinésie, 55% la marche et 73% la durée des blocages journaliers. La dopathérapie est diminuée d'environ 50% avec amélioration, voire disparition des dyskinésies et des phénomènes dystoniques.<sup>34</sup>

En revanche, une intervention est nécessaire pour changer la pile, environ tous les cinq ans.<sup>35</sup>



**Figure 6 : Stimulation cérébrale profonde**<sup>36</sup>

<sup>34</sup> Fleury, V. Horvath, J. Pollak, P. Burkhard, P. Vingerhoets, F. (2015). Stimulation cérébrale profonde lors de la maladie de Parkinson et autres troubles du mouvement : indications, résultats et complications. Revue médicale suisse. Published. <https://www.revmed.ch/>

<sup>35</sup> Association France Parkinson | Lutte contre la maladie. (2021, 15 janvier). France Parkinson. <https://www.franceparkinson.fr/> (vu le 10/04/2021)

<sup>36</sup> La stimulation cérébrale profonde - Enjeux de santé. (2018). Radio C-Lab. <https://www.c-lab.fr/emission/enjeux-de-sante/la-stimulation-cerebrale-profonde.html> (vu le 23/10/2021)

## I. Traitements non médicamenteux

- **Kinésithérapie** : mise en place d'exercices adaptés dont l'intérêt porte sur l'akinésie, la rigidité, les troubles de posture, de marche et les risques de chutes.
- **Ergothérapie** : adapter l'environnement, le domicile au patient
- **Orthophonie** : permet de travailler sur les troubles de l'élocution dus à l'akinésie et la rigidité des muscles du larynx, respiratoires et faciaux. De plus, la posture fléchie du haut du tronc qui diminue l'amplitude de la respiration, peut entraîner une hypophonie. Elle permet aussi de prévenir les troubles de la déglutition ainsi que les troubles de l'écriture.
- **Prise en charge psychologique** : évalue les capacités cognitives et favorise la parole, l'écoute.

### III. QU'EST-CE QUE LA MALADIE D'ALZHEIMER ?

#### A. Généralités

Pour l'OMS, la démence se caractérise par « une altération progressive de la mémoire, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours, apparue depuis au moins six mois et associée à un trouble d'au moins une des fonctions cognitives suivantes : langage, calcul, jugement, altération de la pensée abstraite, praxie, gnosie ou modification de la personnalité ».

Les causes de démence sont nombreuses. La plus fréquente est de loin la démence de type Alzheimer (DTA) qui représente près de 70% des démences. Il s'agit de la plus fréquente des maladies neurodégénératives du SNC.

La DTA a été découverte par Aloïs Alzheimer, un neurologue allemand, en 1906. En effet, il rapporta le cas d'une femme de 51 ans ayant présenté un délire de jalousie envers son mari, des troubles de mémoires, des hallucinations, une désorientation, suivis d'une désintégration des fonctions intellectuelles.

Cette affection apparaît le plus souvent après 65 ans néanmoins, environ 24 000 personnes de moins de 65 ans en France sont atteintes de la maladie d'Alzheimer en 2014. La DTA est un enjeu de santé publique qui touche environ 1,2 millions de personnes touchées en France en 2014. Concernant les femmes, elles semblent être atteintes environ 2 fois plus souvent que les hommes.<sup>37</sup> Au niveau mondial, près de 35 millions de personnes sont atteintes.<sup>38</sup> L'incidence annuelle de la maladie est estimée à 11,7/1000 habitants par an, pour croître de façon linéaire après 75 ans. La prévalence augmente fortement avec la tranche d'âge : de 2 à 4% après 65 ans, elle passe à 15% après 80 ans De plus, elle est de 1,8% chez les sujets vivant à domicile pour atteindre 26,3% en institution.<sup>39</sup>

---

<sup>37</sup> Maladie d'Alzheimer et autres démences. (2019, 17 juin). <https://www.santepubliquefrance.fr> (vu le 08/05/2021)

<sup>38</sup> World Alzheimer Report (2015). <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2015/> (vu le 08/05/2021)

<sup>39</sup> Croitor, C. (2018). Je réussis mon stage - Gérontologie psychogériatrie (étudiants IFSI Lamarre éd.). Étudiants IFSI Lamarre.

## B. Physiopathologie

Les lésions concernent des protéines normalement présentes dans l'organisme, subissant des modifications pathologiques au cours de la maladie.

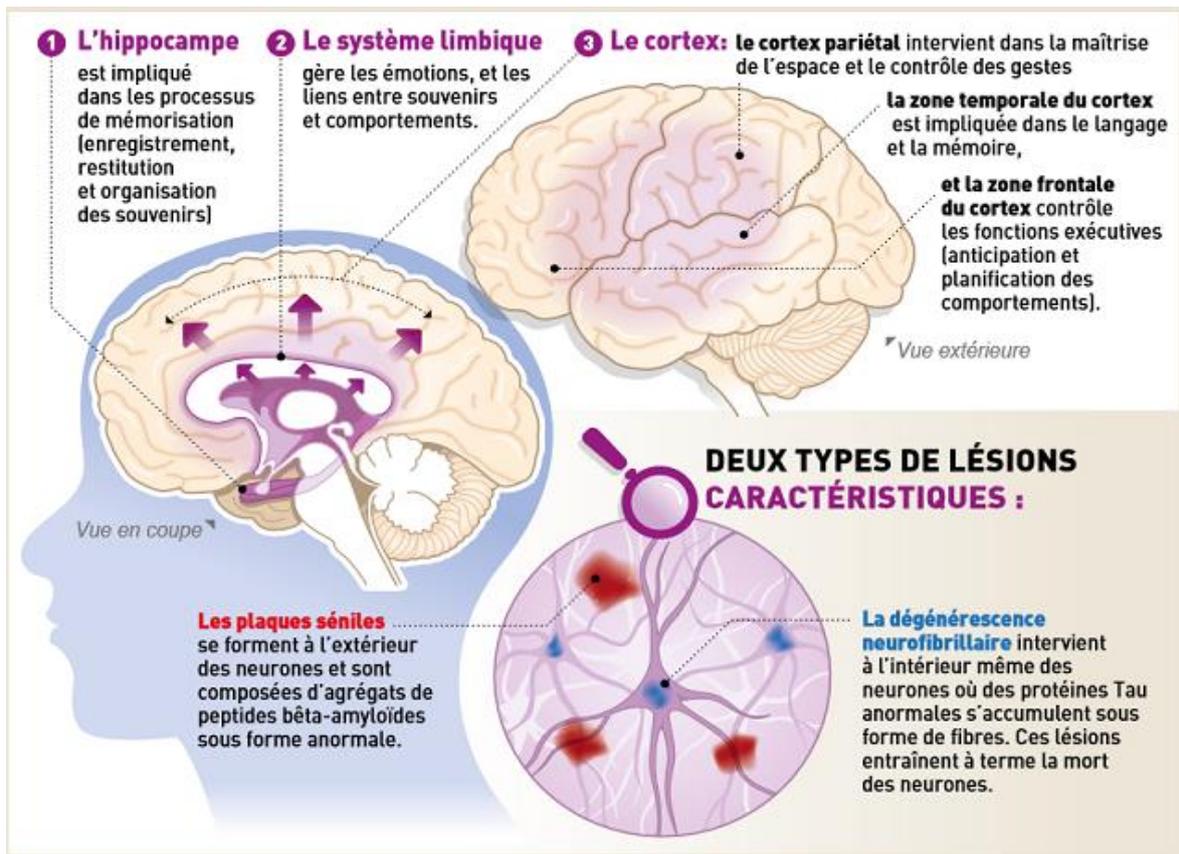


Figure 7 : Physiopathologie de la DTA <sup>40</sup>

Trois grandes anomalies biologiques caractérisent l'affection <sup>41</sup> :

- L'accumulation anormale de protéines beta-amyloïdes (Abeta-42), neurotoxiques, en amas extracellulaires (apparition de plaques amyloïdes, dites séniles) surtout présentes dans les cortex préfrontaux, pariétaux et temporaux et qui épargnent le cortex visuel primaire et moteur.

<sup>40</sup> Maladie d'Alzheimer : que se passe-t-il dans le cerveau ? (2021). Fondation pour la Recherche Médicale. <https://www.frm.org/recherches-maladies-neurologiques/maladie-d-alzheimer/alzheimer-que-se-passe-t-il-dans-le-cerveau> (vu le 08/05/2021)

<sup>41</sup> Collège des enseignants de Neurologie - Référentiels des Collèges (5e éd.). (2019). Elsevier/Masson.

- L'accumulation anormale dans les prolongements neuronaux de protéines TAU anormalement hyper phosphorylées formant les dégénérescences neurofibrillaires (DNF). Ces DNF se propageant dans le cerveau, sont trouvées en grande quantité dans les régions temporales internes et sont responsables de l'apparition des symptômes.
- La perte des neurones dont les prolongements ont préalablement été le siège des DNF. Cette perte cellulaire, lorsqu'elle est massive, conduit à l'atrophie des régions affectées.

Cette affection entraîne une altération et disparition progressive des neurones dans les régions du cerveau qui contrôlent la mémoire, le langage, la pensée, le raisonnement ou l'attention.

Ce sont les neurones localisés dans la région de l'hippocampe (siège de la mémoire) qui sont atteints en premier.

De plus, les DNF, localisées dans de nombreuses régions corticales, entraînent une atteinte des différents circuits de neurotransmission, notamment une diminution en adrénaline, sérotonine et dopamine ainsi qu'un déficit du système cholinergique qui induit une baisse de l'activité de l'acétylcholine. Ces modifications contribuent au déclin des facultés cognitives des patients.<sup>42</sup>

### C. Facteurs de risques

Les causes sont encore principalement inconnues. Néanmoins, le risque de survenue de la DTA est accru par certains facteurs de risque.

#### 1. L'âge et le sexe

Il s'agit des principaux facteurs de risque reconnus de la DTA. Après 65 ans, la fréquence de la maladie augmente et double tous les 5 ans, tout particulièrement après 80 ans. La maladie d'Alzheimer touche 15 % des personnes de plus de 80 ans.<sup>43</sup> En effet, le vieillissement entraîne une perte neuronale normale en plus d'une diminution de la neuroplasticité.

---

<sup>42</sup> Delon, B., Lambard, C., Tenza, M., & Vidal, L. (2013). Défaillances organiques et processus dégénératifs. Vuibert.

<sup>43</sup> Comprendre la maladie d'Alzheimer. (2021, janvier). ameli.fr | Assuré. <https://www.ameli.fr/bouches-du-rhone/assure/sante/themes/maladie-alzheimer/comprendre-maladie-alzheimer> (vu le 08/05/2021)

Concernant le sexe, les femmes sont touchées 1,5 à 2 fois plus que les hommes. En effet, selon l'Inserm, en 2019, sur 25 malades, 10 sont des hommes et 15 des femmes. Cette différence pourrait être liée aux écarts d'espérance de vie.<sup>44</sup> De plus, la diminution des estrogènes à la ménopause pourrait également représenter un facteur de risque. L'étude WHI (Women Health Initiative) a permis d'évaluer l'impact du traitement hormonal substitutif sur les fonctions cognitives chez la femme ménopausée et a mis en évidence une augmentation du risque de démence : 23 cas de démence pour 1000 femmes traitées avec une association oestro-progestative pendant un an par rapport à 1000 femmes non traitées.<sup>45</sup>

## 2. Les facteurs génétiques

La majorité des cas sont sporadiques, alors que les formes familiales ne sont présentes que dans 1 à 2% des cas. Elles surviennent surtout chez les sujets de moins de 65 ans et sont dues à une transmission héréditaire autosomique dominante. Le risque de développer la maladie est en multiplié par 1,5 si un parent du premier degré est touché, et par 2 si au moins deux le sont. Elles correspondent à des mutations portant sur des gènes situés sur trois chromosomes différents (21, 14 et 1), codant des protéines qui interviennent dans le métabolisme du peptide amyloïde.

De plus, la présence d'une copie particulière du gène codant l'Apolipoprotéine E, appelée E4 multiplierait par 3 le risque d'être atteint tandis que la présence de deux copies le multiplie par 10.<sup>46</sup> L'ApoE4 transporte le LDL-cholestérol (athérogène). Elle va augmenter sa concentration plasmatique et ainsi le risque cardiovasculaire. Or, les facteurs de risque cardio-vasculaires (hypertension, hypercholestérolémie, diabète, AVC...) jouent un rôle important, en entraînant une mort neuronale plus rapide.<sup>47</sup>

---

<sup>44</sup> <sup>42</sup> Alzheimer (maladie d'). (2019, 8 janvier). Inserm - La science pour la santé.

<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie> (vu le 08/05/2021)

<sup>45</sup> Leubag P., Savioz A. Facteurs de risque dans la maladie d'Alzheimer. Médecine et hygiène (volume 4). (2000) Revue Médicale Suisse

<sup>47</sup> Maladie d'Alzheimer et autres démences. (2019, 17 juin). <https://www.santepubliquefrance.fr> (vu le 08/05/2021)

### 3. Les autres facteurs

Parmi les autres facteurs de risque, on retrouve : la sédentarité, les microtraumatismes crâniens ou les anesthésies répétées.

A l'inverse, l'apparition des symptômes est souvent retardée chez les personnes ayant un niveau élevé de stimulation cérébrale, une activité professionnelle stimulante, l'activité physique et des liens sociaux actifs.

Ces facteurs permettraient une meilleure plasticité cérébrale, entraînant une adaptabilité permanente du cerveau, et ainsi, une compensation de la fonction des neurones perdus.<sup>48</sup>

#### D. Comment identifier un patient atteint d'Alzheimer ?<sup>49 50</sup>

Chez la majorité des patients, le délai est long entre le moment où les premières lacunes de mémoire sont repérées par l'entourage et celui où est demandé un avis médical. Tout changement d'attitude du patient doit être retenu : réponses incohérentes, troubles de mémoire, incompréhension, désorientation dans le temps et l'espace, perturbations gestuelles, désordres du langage... tout comme pour la MP, nous devons être vigilants à ces troubles à l'officine.

Le diagnostic complet de la DTA repose sur plusieurs critères.

#### 1. Le profil des troubles cognitifs

Le spécialiste réalise un bilan neuropsychologique afin d'évaluer les performances cognitives du patient et détecter les symptômes d'un éventuel déclin cognitif anormal.

Le patient doit alors répondre à une série de tests adaptés sous forme de questions ou de tâches simples à accomplir.

---

<sup>48</sup> Alzheimer (maladie d'). (2019, 8 janvier). Inserm - La science pour la santé.

<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/alzheimer-maladie> (vu le 08/05/2021)

<sup>49</sup> Collège des enseignants de Neurologie - Référentiels des Collèges (5e éd.). (2019). Elsevier/Masson.

<sup>50</sup> Union nationale des Associations. (2020). France Alzheimer. <https://www.francealzheimer.org/> (vu le 08/05/2021)

Les différents tests permettant d'évaluer les fonctions cognitives sont :

- ✓ Le **Mini Mental State Examination** (MMSE) : évaluation des fonctions intellectuelles sur une échelle de 30 points. Ce test (Annexe 2) explore :
  - L'orientation spatio-temporelle
  - L'apprentissage et la mémoire : trois mots sont donnés à mémoriser en début de test puis redemandés quelques minutes après
  - L'attention et le calcul : soustraction à partir de 100, en retirant 7 à chaque fois
  - Le langage : reconnaissance d'objets (crayon, montre), répétition de phrase, réalisation de consignes simples
  - La praxie : reproduction de figures simples

Un score inférieur à 24 est presque toujours le signe d'une dysfonction cognitive pathologique.<sup>51</sup>

- ✓ Le **test des cinq mots de Dubois** : évaluation de la capacité de mémorisation, durée 10 minutes.

La première étape est une étape d'apprentissage (ou rappel immédiat). Elle consiste à montrer une liste de 5 mots que le patient doit essayer de retenir pour ensuite les restituer. En cas d'oubli et seulement pour les mots oubliés, une aide est possible en lui donnant un indice. La seconde étape est une étape de mémoire (ou rappel différé). L'attention du sujet est détournée pendant 3 à 5 minutes, avant de lui redemander de restituer les 5 mots.

Le total score d'apprentissage + score de mémoire doit être égal à 10. Il existe un trouble de la mémoire dès qu'un mot a été oublié.

---

<sup>51</sup> Yumpu.com. (2013). mini-mental-state-examination-mmse-sgcafr.  
<https://www.yumpu.com/fr/document/view/17525609/mini-mental-state-examination-mmse-sgcafr> (vu le 08/05/2021)

Objet	Catégories/Indice (à masquer)
Rose	fleur
Eléphant	Animal
Chemise	Vêtement
Abricot	Fruit
Violon	Instrument de musique

Figure 5 : Test des cinq mots de Dubois <sup>52</sup>

✓ **Le Set Test d'Isaacs** : évaluation de la fluidité verbale

Il consiste à évaluer la quantité de mots que le patient est capable de produire à partir de 4 catégories définies : couleurs, animaux, fruits et villes. La tâche prend fin lorsque le sujet a nommé 10 mots appartenant à chacune de ses catégories ou avant s'il pense ne plus pouvoir en nommer. La réussite à ce test implique la capacité à organiser la production verbale et fait appel à une bonne gestion de la mémoire à court terme dans la mesure où il est nécessaire de garder en mémoire une trace des mots qui viennent d'être énoncés, afin d'éviter la répétition des mots déjà cités. Il existe un trouble lorsque le score est inférieur à 25 (le total étant égal à 40).<sup>53</sup>

✓ **Test de l'horloge**

Le test de l'horloge est un test qui dure 2 minutes, permettant d'évaluer la praxie et l'orientation temporo-spatiale du patient.

Un cercle lui est présenté, représentant un cadran d'horloge. Le patient doit alors noter les chiffres et ajouter les aiguilles sur une heure précise demandée. Ce test est noté sur 7. La perte d'un point est pathologique.

<sup>52</sup> Test de 5 mots. (2001, février). [http://www.esculape.com/geriatrie/alzheimer\\_5mots.html](http://www.esculape.com/geriatrie/alzheimer_5mots.html) (vu le 08/05/2021)

<sup>53</sup> <http://www.sgca.fr/outils/similisaacs.pdf> (vu le 08/05/2021)

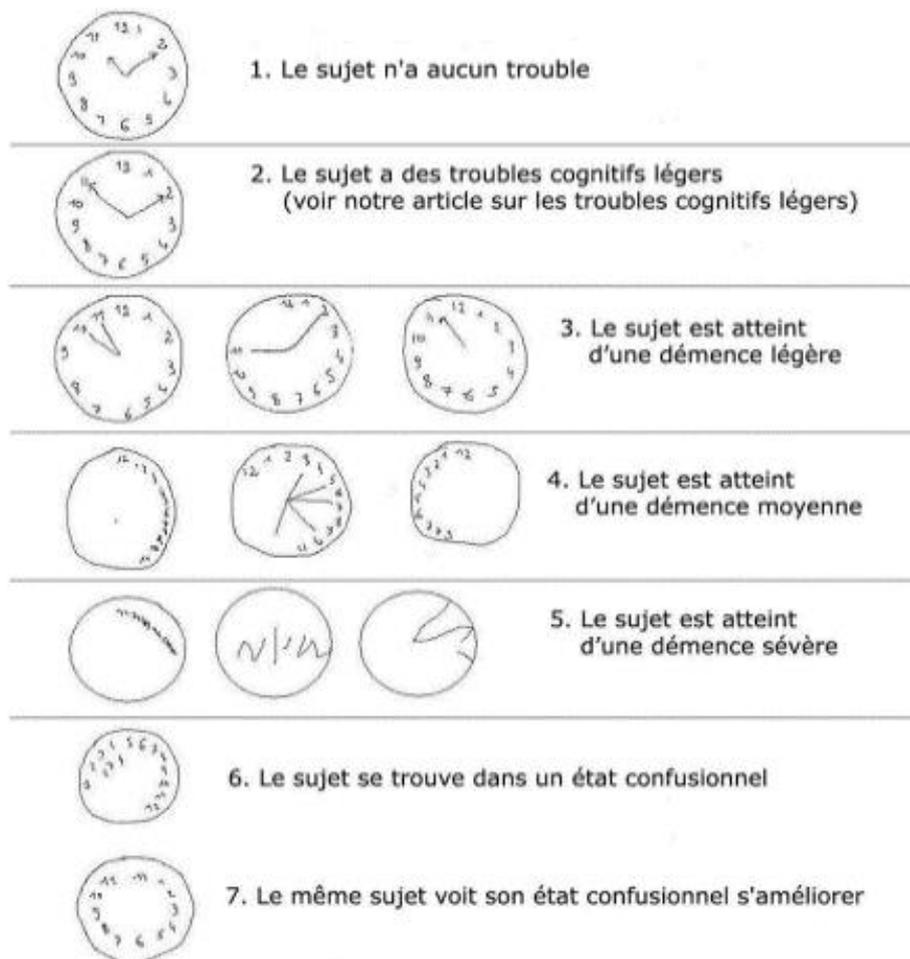


Figure 8 : Test de l'horloge<sup>54</sup>

- ✓ L'évaluation d'activités de la vie quotidiennes et de l'autonomie par différentes échelles (**ADL** ou **IADL**) : évaluation d'items qui explorent l'autonomie, le degré de dépendance du patient et permettant de savoir s'il a besoin d'aide humaine dans les gestes de base de la vie quotidienne. Plus les scores sont bas, plus la personne est dépendante. (Annexes 3 et 4)

Ces différents tests fourniront une aide au diagnostic mais aucune indication sur le type de démence et doivent être complétés par d'autres examens afin d'établir un diagnostic de DTA.

<sup>54</sup> [http://www.sngie.org/wp-content/uploads/sites/28/2019/02/quatre\\_tests.pdf](http://www.sngie.org/wp-content/uploads/sites/28/2019/02/quatre_tests.pdf) (vu le 08/05/2021)

## 2. Examens complémentaires

- IRM ou scanner : observer l'aspect et le volume de certaines zones cérébrales.
- Bilan biologique plasmatique
- Neuro-imagerie : confirmer une atrophie hippocampique et l'absence d'autres lésions
- Imagerie métabolique : mettre en évidence des altérations du métabolisme cérébral du glucose induites par la pathologie.
- Dosage des biomarqueurs par prélèvement de liquide céphalo rachidien : analyser la quantité de protéines bêta amyloïdes et tau, par ponction lombaire.

Actuellement, l'association examen clinique, entretien comprenant les renseignements qu'apportent l'entourage, IRM et bilan biologique suffit à obtenir un diagnostic de haute probabilité.

### E. Symptômes de la DTA

#### 1. Troubles cognitifs<sup>55</sup>

Il s'agit des troubles de la mémoire accompagnés du syndrome des 3A c'est-à-dire aphaso-apraxo-agnosique.

Des troubles de l'orientation dans l'espace et dans le temps ainsi que des perturbations intellectuelles (troubles du jugement, de la capacité à résoudre des problèmes) peuvent également apparaître au cours de l'évolution de la maladie.

##### a) L'amnésie

Dans près de trois quarts des cas, les difficultés de mémoire sont les premiers troubles visibles. Ils passent d'ailleurs fréquemment inaperçus au début notamment en étant attribués à l'âge.

---

<sup>55</sup> Union nationale des Associations. (2020). France Alzheimer. <https://www.francealzheimer.org/> (vu le 08/05/2021)

La mémoire des faits récents est affectée dans un premier temps, puis la mémoire des faits anciens devient également déficitaire.

Les troubles mnésiques concernent :

- La mémoire **épisodique** : permet l'enregistrement d'informations nouvelles associées à un moment et un lieu.
- La mémoire **sémantique** : notre bagage culturel, connaissance sur le monde. Son atteinte entraîne des perturbations de dénomination, de vocabulaire, de fluence verbale.
- La mémoire **procédurale** : concerne les "savoir-faire". Il s'agit de la plus longtemps préservée.

Ces différentes pertes de mémoire entraînent une difficulté à mémoriser de nouvelles informations, un oubli des tâches à effectuer (rendez-vous, four à éteindre, porte à verrouiller...), une désorientation dans le temps (perte de la saison, du mois, du jour, de l'heure) et dans l'espace (d'abord dans sa ville, puis son quartier jusqu'à sa maison).

Si la mémoire des événements anciens est longtemps normale, elle sera perturbée dans les formes évoluées et les souvenirs anciens s'effaceront progressivement.

#### b) L'aphasie

Après les troubles de la mémoire, ce sont ceux du langage qui sont les plus importants. Ils se traduisent par des difficultés à communiquer, à comprendre ce qui est dit, puis à parler. Le vocabulaire se réduit et le patient cherchera plus souvent ces mots. Le mot manquant est alors remplacé par un mot imprécis tel que « truc » ou « machin », des hésitations, des périphrases, ou encore des phrases avortées. Au stade final, le patient peut être mutique.

Des troubles du langage écrit sont également observés. L'écriture reste phonologiquement correcte, puis devient incompréhensible. Le patient va faire des fautes d'orthographe, va déformer ses lettres, et leur agencement sera perturbé.

c) L'apraxie

Elle correspond aux troubles de la réalisation de gestes. Au début, les gestes fins et précis (écrire, boutonner sa chemise, utilisation de peigne, fourchette...) sont perturbés, puis la réalisation de gestes simples devient impossible (reproduction d'un geste, tirer la langue, gonfler la bouche, siffler...).

Par exemple, des difficultés pour s'habiller apparaissent. Dans un premier temps, la personne superpose plusieurs vêtements similaires, puis effectue des erreurs dans l'ordre des vêtements, dans leur position et leur utilisation. L'apraxie de l'habillement est la plus tardive.

d) L'agnosie

Les troubles de la reconnaissance apparaissent assez tardivement et concernent 30% des malades. Ils sont le plus souvent visuels, mais peuvent aussi être liés à l'odorat, à l'audition et même au toucher.

Ces troubles concernent en particulier la reconnaissance d'objets usuels puis impliqueront des difficultés à reconnaître des visages, même familiers plus tard, dans l'évolution de la maladie, jusqu'à ce que le patient ne se reconnaisse plus lui-même dans un miroir ou sur une photographie.

2. Troubles psycho-comportementaux

La maladie s'accompagne également d'une instabilité émotionnelle, de troubles de l'humeur et du comportement qui aggravent les troubles cognitifs et diminuent souvent la tolérance de l'entourage du patient : repli sur soi, tendance à l'isolement, apathie, symptômes dépressifs, troubles du sommeil, de l'appétit, agitation, irritabilité, agressivité, anxiété, hallucinations, déambulation à un stade avancé...

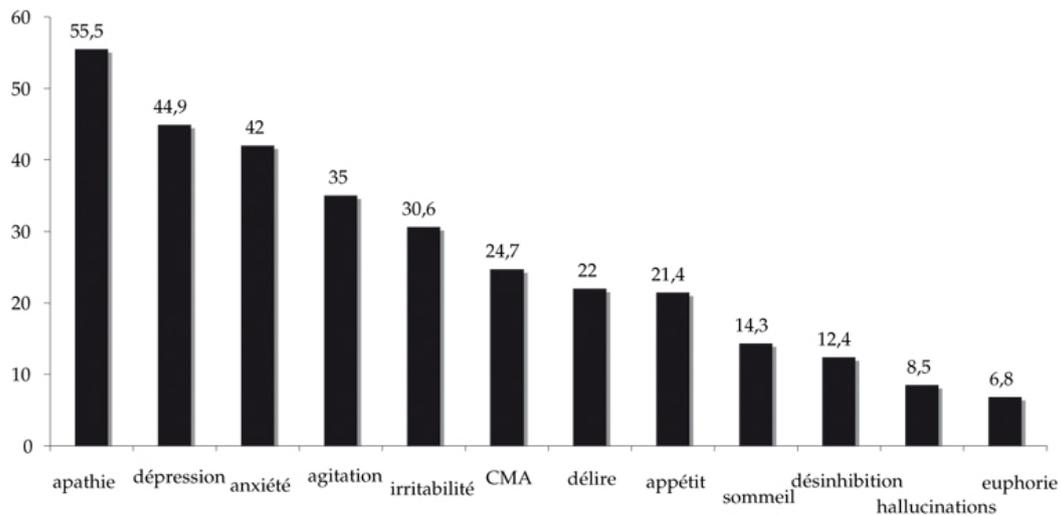


Figure 9 : Fréquence (%) des symptômes psychologiques et comportementaux dans la maladie d'Alzheimer <sup>56</sup>

L'anxiété est fréquente et serait l'une des premières manifestations de la maladie. Elle est amplifiée lorsque le patient se trouve en échec du fait de ses troubles de mémoire par exemple. Elle est souvent une source d'agitation, voire d'agressivité, en particulier à un stade avancé de la maladie. En effet, elle pourra se traduire par des crises de colères brusques associant cris, comportement d'opposition, compulsions et violence gestuelles et verbales, refus de manger ou de se laver, passage d'un état gai à un état de tristesse...

### 3. Troubles d'apparition tardive

- Troubles sphinctériens : incontinenances urinaires et fécales.
- Troubles alimentaires : hyperphagie, anorexie, appétence pour le sucré, incapacité à élaborer un repas, oubli de l'heure de se nourrir...
- Troubles de la marche, augmentant le risque de chute.

### F. Evolution de la maladie <sup>57</sup>

L'évolution est variable et comprend trois phases bien différenciées.

<sup>56</sup> Maladie d'Alzheimer Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. (2007).

<https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/Synthese.html> (vu le 15/05/2021)

<sup>57</sup> Union nationale des Associations. (2020). France Alzheimer. <https://www.francealzheimer.org/> (vu le 15/05/2021)

### 1. La phase initiale

C'est la phase pendant laquelle un diagnostic est posé. Durant celle-ci, environ 25 % de l'hippocampe diminue en volume. Elle correspond, le plus souvent, à une altération isolée de la mémoire. A ce stade, le patient est autonome pour la plupart des actes de la vie quotidienne.

### 2. La phase d'état

Les troubles mnésiques s'amplifient. De plus, plusieurs mois, voire plusieurs années après, d'autres zones du cerveau sont touchées (régions corticales associatives), ce qui engendre des troubles gestuels, du langage et de la reconnaissance. C'est alors que le syndrome dit aphaso-apraxo-agnosique apparaît. L'autonomie est altérée et la personne a besoin d'une aide pour certaines activités (utiliser son téléphone, se déplacer, gérer son budget, ses médicaments, faire à manger...)

### 3. La phase terminale

Les lésions progressent et les signes s'accroissent. La perte d'autonomie est complète du fait d'une atteinte des activités de base de la vie quotidienne (alimentation, habillage, toilette, locomotion).

Les troubles psycho-comportementaux sont majeurs. Des symptômes neurologiques peuvent s'observer : syndrome parkinsonien, myoclonies, crises d'épilepsie... Au fur et à mesure, la marche devient difficile et induit l'alitement continu du patient. Le décès survient 8 à 12 ans en moyenne après les premiers symptômes.

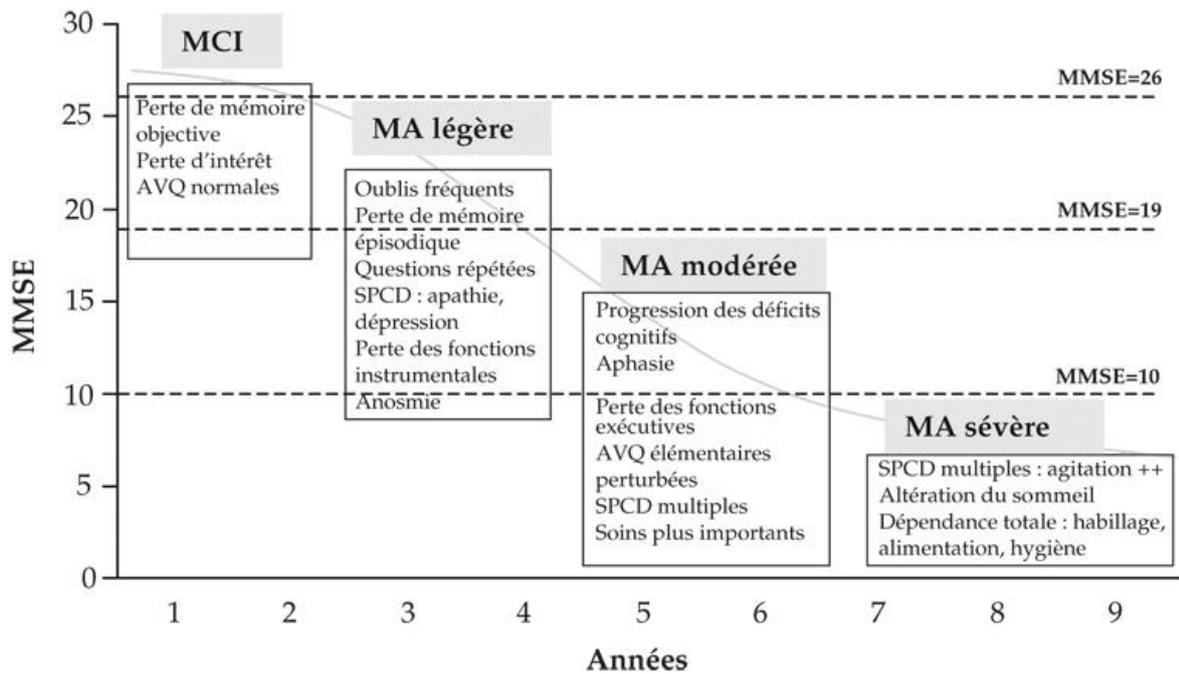


Figure 10 : Progression des symptômes de la maladie d'Alzheimer <sup>58</sup>

### G. Les traitements <sup>59</sup>

A ce jour, les recherches ne permettent pas de cibler une réelle efficacité des thérapeutiques. Comme pour la MP, il n'existe pas encore de médicaments capables de guérir la DTA. Le traitement est purement symptomatique. Son objectif est de ralentir la progression et d'améliorer la vie quotidienne des patients.

Quatre molécules ont reçu l'AMM en France. Leur initiation est réservée aux neurologues, psychiatres, ou gériatres.

Leur efficacité symptomatique, modeste, a été considérée comme insuffisante par la HAS, ainsi ; un déremboursement total de ces molécules a été instauré par l'Assurance Maladie, depuis le 1er août 2018.

<sup>58</sup> Maladie d'Alzheimer Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. (2007).

<https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/Synthese.html> (vu le 15/05/2021)

<sup>59</sup> HAS, recommandation de bonne pratique – Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. (2011, décembre).

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_maladie\\_d\\_alzheimer\\_et\\_maladies\\_apparentees\\_diagnostic\\_et\\_prsie\\_en\\_charge.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf) (vu le 15/05/2021)

## 1. Choix thérapeutique

On peut proposer :

- Au stade léger (MMSE > 20) : un inhibiteur du cholinestérase.
- Au stade modéré (10 < MMSE < 20) : un inhibiteur du cholinestérase ou un anti-glutamate.
- Au stade sévère (MMSE < 10) : un anti-glutamate.

Il est recommandé de revoir le patient à 1 mois pour une évaluation de la tolérance et un ajustement de la posologie et de réévaluer régulièrement le rapport bénéfice/risque du traitement spécifique.

## 2. Anticholinestérasiques

Ils empêchent la dégradation cérébrale d'acétylcholine, un neurotransmetteur qui facilite la communication entre les neurones. Ils visent à améliorer le comportement dans les gestes de la vie quotidienne. Les principaux effets indésirables sont des troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhées, perte de poids) et des crampes musculaires.

Les traitements sont institués à la dose minimale puis l'augmentation est progressive. Un électrocardiogramme est recommandé avant la prescription chez les patients ayant des antécédents cardiaques, bradycardes ou sous traitement bradycardisant. L'observance doit être surveillée avec la plus grande attention.

Donépézil	<b>ARICEPT®</b> VO liste 1
Galantamine	<b>REMINYL®</b> VO liste 1
Rivastigmine	<b>EXELON®</b> VO, dispositif transdermique liste 1

### 3. Anti-glutamates

Elle va bloquer les récepteurs du glutamate, responsable de l'excitation toxique du système nerveux, qui endommage ainsi les neurones.

Ils visent à retarder les pertes des fonctions cognitives et, à parfois, améliorer le comportement dans les gestes de la vie quotidienne. Sa tolérance est bonne.

Mémantine	<b>EBIXA®</b> VO liste 1
-----------	--------------------------

### 4. Psychotropes

Ils peuvent être prescrits en complément, pour diminuer certains symptômes tels que l'anxiété (anxiolytiques), la dépression (antidépresseurs), les insomnies (hypnotiques), et les troubles psychotiques, hallucinations, agitation, agressivité (antipsychotiques).

### 5. Traitements non médicamenteux <sup>60</sup>

- Activités physiques quotidiennes, marche
- **Orthophonie** : lors d'aphasie ou de troubles de la déglutition
- **Prise en charge psychologique**
- **Stimulation cognitive** : ateliers qui consistent à solliciter les différentes mémoires et les fonctions exécutives et attentionnelles
- **Ateliers à médiation artistique, musicothérapie, aromathérapie** : limiter l'anxiété
- **Accompagnement, séances de réhabilitation à domicile** (équipe spécialisée Alzheimer, 15 séances/an, remboursées par la SECU pour permettre un meilleur maintien de l'autonomie à domicile)
- **Service d'aide à domicile** : effectuer les tâches ménagères et soutenir les actes de la vie quotidienne
- **Hôpitaux, accueil de jour** : activités en groupe, de rééducation de la mémoire, du langage, des mouvements et offrent à l'aidant des périodes de répit

---

<sup>60</sup> Union nationale des Associations. (2020). France Alzheimer. <https://www.francealzheimer.org/> (vu le 15/05/2021)

#### IV. QU'EST-CE-QUE LE MAINTIEN A DOMICILE ?

##### A. La dépendance des personnes âgées

##### 1. Définition

Selon l'OMS, entre 2015 et 2050, la proportion des 60 ans et plus dans la population mondiale va presque doubler, passant de 12% à 22%.<sup>61</sup>

D'après l'Insee, les personnes âgées vivraient de plus en plus seules. En 2013, 21% des hommes et 48% des femmes de 75 ans ou plus étaient dans ce cas. En 1968, à 85 ans, quatre personnes sur dix étaient en cohabitation avec des membres de la famille. En 2015, seulement une personne sur dix encombre sa descendance.

Or, rester le plus longtemps chez soi demeure le mode de vie majoritaire des personnes âgées. A domicile, 17% des séniors déclarent se sentir fortement limités et 14% en mauvaise santé, contre 63% et 35% en institution.

Le choix du MAD s'explique par un désir des séniors, qui redoutent l'institution, allié à une meilleure prise en charge de la dépendance. De nos jours, les personnes âgées sont plus autonomes qu'auparavant. Néanmoins, sous l'effet du vieillissement de la population, la proportion de personnes dépendantes tend à augmenter dans le temps. C'est autour de l'âge de 75 ans que la santé se dégrade durablement et que l'exposition à la fragilité est augmentée.

La dépendance est définie comme l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide, qu'elle ne le veuille ou qu'elle ne le puisse, les principales activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

L'avancée en âge augmente le risque de perte d'autonomie des personnes, qui découle naturellement d'une dégradation de leur état de santé, mais aussi de leur environnement, pour faire face aux limitations fonctionnelles et aux restrictions d'activité qu'elles subissent.

Au 1er janvier 2012, en France métropolitaine, 1,17 million de personnes âgées sont dépendantes au sens de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit 7,8 % des 60 ans ou plus. La part des bénéficiaires de l'APA augmente fortement à partir de 75 ans.<sup>62</sup>

---

<sup>61</sup> Vieillesse et santé. (2018, 5 février). <https://www.who.int/fr/> (vu le 23/05/2021)

<sup>62</sup> Personnes âgées dépendantes – Tableaux de l'Économie Française | Insee. (2014, février). <https://www.insee.fr/> (vu le 23/05/2021)

## 2. Evaluation de la dépendance

Le niveau d'autonomie est mesuré par le groupe iso-ressources (GIR) qui détermine le droit à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et permet de définir le degré de perte d'autonomie des personnes âgées dans les activités de la vie quotidienne. Les degrés de dépendance sont classés en 6 GIR. À chaque classe, correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie courante.

La grille nationale AGGIR (Annexe 5) mesure les capacités de la personne âgée à accomplir 10 activités discriminantes et 7 activités illustratives. Seules les 10 activités discriminantes sont utilisées pour déterminer le GIR dont relève la personne âgée.

Elles correspondent à :

- Communiquer verbalement et/ou non verbalement, agir et se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société
- Se repérer dans l'espace et le temps
- Faire sa toilette
- S'habiller, se déshabiller
- Se servir et manger
- Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale
- Se lever, se coucher, s'asseoir, passer de l'une de ces 3 positions à une autre
- Se déplacer à l'intérieur du lieu de vie
- Se déplacer en dehors du lieu de vie
- Utiliser un moyen de communication à distance dans le but d'alerter en cas de besoin

Il existe 6 GIR.

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

Figure 11 : Signification du GIR auquel le patient est rattaché <sup>63</sup>

Seuls les GIR 1 à 4 donnent droit à l'APA. Il s'agit d'une prestation sociale, qui a été instituée par la loi du 20 Juillet 2001, permettant de renforcer la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, en leur laissant la liberté de choisir leur milieu de vie. Elle est versée par le conseil départemental qui permet de bénéficier d'une aide financière pour aider à payer les dépenses nécessaires pour rester vivre à domicile malgré la perte d'autonomie (prestations d'aide à domicile, fourniture pour l'hygiène, portage des repas, téléalarme, transport, aménagement du logement, centre d'accueil temporaire, ou encore accueillant familial).

D'autres critères doivent être respectés : avoir 60 ans ou plus et résider en France. L'APA est réévaluée tous les ans ou dans les cas de modification de la situation du demandeur. <sup>64</sup>

<sup>63</sup> Qu'est-ce que la grille AGGIR ? (2020, février). <https://www.service-public.fr/> (vu le 23/05/2021)

<sup>64</sup> Grille AGGIR et calcul du GIR. (2018, 1 septembre). ehpad.fr. <https://www.ehpad.fr/grille-aggir/> (vu le 23/05/2021)

Un plan d'aide permet de déterminer le montant versé. Au 1er janvier 2021, les montants maximaux sont fixés à <sup>65</sup>:

- ✓ Pour le GIR 1 : 1 747,58 €/mois
- ✓ Pour le GIR 2 : 1 403,24 €/mois
- ✓ Pour le GIR 3 : 1 013,89 €/mois
- ✓ Pour le GIR 4 : 676,30 €/mois

## B. La mise en place du MAD

### 1. Les objectifs

Dans notre cas, les patients perdent progressivement leur autonomie en raison de l'évolution des pathologies neurodégénératives. Or, la plupart des personnes âgées souhaitent terminer leur vie à domicile, entourés de leurs proches, malgré les difficultés qu'elles peuvent rencontrer face aux activités quotidiennes.

Ainsi, pour assurer au mieux la fin de vie des patients, une organisation doit se mettre en place pour éviter toute rupture brutale dans les conditions de vie, composée de services d'aides et de soins à domicile, permettant de vivre chez soi en bénéficiant de soins appropriés.

C'est en 1962, qu'une commission d'études sur les problèmes de la vieillesse présidée par Pierre Laroque avait mis en avant les enjeux spécifiques posés par l'avancée en âge de la population et la volonté de l'état de développer le MAD. Le rapport Laroque précise que : « L'accent doit être mis en priorité sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société, en leur fournissant les moyens de continuer, le plus longtemps possible, à mener une vie indépendante par la construction de logements adaptés, par la généralisation de l'aide-ménagère à domicile, par la création de services sociaux de toute nature qui leur sont nécessaire, par l'organisation de leur occupation et de leurs loisirs ». <sup>66</sup>

Cependant, ce n'est qu'à partir des années 1990 que la prise en charge collective de la perte d'autonomie sera véritablement développée.

---

<sup>65</sup> L'APA à domicile. (2021, janvier). <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/> (vu le 23/05/2021)

<sup>66</sup> OUI CARE. (2019, 17 mai). Petite histoire de politique vieillesse -. <https://ouicare.com/fr/bienveillir/petite-histoire-de-politique-vieillesse/> (vu le 23/05/2021)

Le MAD est alors défini par le fait qu'une personne âgée fasse le choix de rester chez elle plutôt que d'entrer en maison de retraite ou EHPAD alors qu'elle développe des signes de dépendance. Cela est possible grâce à la mise en place d'aides humaines, matérielles et financières qui permettront de compenser et diminuer la perte d'autonomie.

En conséquent, dans notre cas, le MAD permet notamment d'améliorer les conditions de vie et de retarder au maximum l'entrée en établissements spécialisés. Le MAD présente également l'avantage de ne pas provoquer de changements majeurs dans la vie du patient dépendant. La mise en place du MAD permet au patient de choisir son lieu de vie, de garder ses repères, et de préserver son environnement social et familial.

De plus, en cas d'hospitalisation, le MAD permet de réduire la durée de celle-ci, voire, de l'éviter dans quelques cas.

## 2. Les principaux acteurs

La prise en charge en MAD doit être globale, adaptée, et centrée sur chaque patient. Elle est basée sur la collaboration entre l'entourage et les différents intervenants, et doit permettre le maintien de l'autonomie le plus longtemps possible.

Chacun des acteurs joue un rôle important, tant sur le plan médical avec les professionnels de la santé, que sur le plan psychologique. Il est important de considérer une prise en charge globale en MAD. La **coordination** entre les différents acteurs, médicaux, paramédicaux, sociaux etc... est ainsi primordiale dans la démarche de soin :

- Le **médecin généraliste** : connaît la pathologie ainsi que les habitudes de vie de son patient et va établir une prescription médicale de location ou de vente de matériel médical nécessaire à son maintien à domicile.
- Le **kinésithérapeute** : aide à lutter contre les douleurs, favorise le maintien de l'autonomie locomotrice, la rééducation et le contrôle de la marche.
- L'**ergothérapeute** : adapte l'environnement en fonction du patient notamment dans l'organisation du domicile en conseillant sur les aménagements indispensables afin d'éviter les chutes et de faciliter la vie du malade.
- Le **psychologue** : accompagne le patient, sa famille et l'équipe, dans l'acceptation des soins et de la perte d'autonomie.

- **L’orthophoniste** : aide au maintien des capacités d’écriture, de communication verbale, d’expression faciale et de déglutition.
- Les **infirmiers** : assurent les soins (administration des médicaments, pansements, aide à la toilette, mise en place d’appareillages médicaux), récupèrent les traitements à la pharmacie et sont ainsi en lien direct avec le pharmacien d’officine. Ils évaluent l’évolution du degré de dépendance et/ou de la pathologie. La prise en charge nécessite une prescription médicale et leur intervention est facturée de façon journalière.
- Les **aides à domicile** : aide dans la vie quotidienne (courses, préparation des repas, entretien du logement, transport, aide pour la toilette, habillage...). Leur intervention est facturée à l’heure.
- **L’entourage familial** : est une aide essentielle non négligeable
- Le **PHARMACIEN D’OFFICINE** : nous jouons un rôle primordial et sommes un maillon essentiel dans la chaîne de prise en charge du patient par nos connaissances pharmacologiques et nos relations directes avec le médecin traitant et les infirmiers. Nos rapports privilégiés avec le patient âgé malade et son entourage, notre disponibilité et la préservation de la confidentialité, sont des atouts indispensables et précieux.

### 3. La relation pharmacien d’officine et prestataire de santé

Le pharmacien d’officine est très sollicité pour son rôle de conseil au sein du parcours de santé, 94% des Français lui font confiance.<sup>67</sup> En plus de dispenser les médicaments, il fournit le matériel médical et l’appareillage nécessaire au maintien du patient à son domicile. En effet, d’après le Code de la santé publique, le pharmacien peut être prestataire et dispenser « Les matériels, articles et accessoires nécessaires à l’hospitalisation à domicile des malades ou au maintien à domicile des personnes âgées ». <sup>68</sup>

L’objectif est de garantir le confort et la sécurité des personnes âgées dépendantes, en facilitant en plus de cela, le quotidien des aidants. Le pharmacien d’officine, qui est à l’écoute du patient

---

<sup>67</sup> Les Français et le système de santé. (2011, 14 octobre). IFOP. <https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-le-systeme-de-sante/> (vu le 23/05/2021)

<sup>68</sup> Arrêté du 15 février 2002 fixant la liste des marchandises dont les pharmaciens peuvent faire le commerce dans leur officine - Légifrance. (2020, 23 octobre). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000593784/2020-10-23/> (vu le 23/05/2021)

et de son entourage, a notamment un rôle de conseil sur les interventions de MAD, concernant la perte de mobilité, l'organisation de la salle de bains et les aides techniques pour les repas ou l'hygiène.

Toutefois, les prestataires de santé peuvent également jouer ce rôle. Ils disposent en effet d'une convention avec la Sécurité Sociale, qui leur permet d'obtenir des remboursements.

En effet, une fois l'ordonnance du médecin rédigée, il existe deux cas de figures :

- ① Certaines pharmacies disposent d'un espace d'exposition, de vente, de conseil adapté et dédié à la présentation, au stockage des dispositifs de MAD et à l'accueil des personnes en perte d'autonomie.

Souvent la population ignore que les officines peuvent fournir du matériel médical car l'espace dédié est séparé de l'espace de vente des médicaments afin d'assurer la confidentialité, le confort des patients et de leur consacrer du temps dans l'explication du matériel. Ainsi, le patient peut tester sur place les équipements médicaux aidant à la mobilité, à la sécurité et au confort à domicile. Le pharmacien pourra facturer le matériel en location ou à la vente, et assurer son installation à domicile ainsi que son suivi dans le temps.

- Il existe d'autres pharmacies qui manquent d'espace pour pouvoir exposer les dispositifs volumineux. Ainsi, pour illustrer ce type de service, certaines exposent en vitrine quelques appareils ou accessoires miniatures. D'autres quant à elles, diffusent les différents types de matériels sur un écran à l'intérieur de leur officine. Dans ce cas, le choix du matériel se fera sur catalogue. Le pharmacien fera alors appel à un prestataire de santé, c'est à dire une société commerciale, auquel il passera commande. Le prestataire en MAD va entièrement gérer l'aide au domicile du patient grâce à des intervenants extérieurs spécialisés (vérification technique, livraison, installation en 24 à 48 heures et démonstration du matériel). Des conseils sont donnés au patient sur l'utilisation du matériel et des visites de contrôle sont mise en place pour garantir un suivi de qualité. Il est nécessaire de réévaluer régulièrement les dispositifs médicaux installés, et de les réajuster en fonction des besoins du patient. De plus, une assistance téléphonique est assurée en cas de besoin, ainsi qu'un service après-vente d'entretien et de désinfection par le prestataire, entre deux patients. C'est tout de même au pharmacien de se procurer une ordonnance valide et de la facturer à la sécurité sociale.

Dans ce second cas de figure, le pharmacien peut également laisser le soin au prestataire de prendre en charge, dans sa totalité, le choix du matériel avec le patient ou la famille, la livraison, l'installation au domicile ainsi que la facturation.

Dans les deux situations présentées, le pharmacien d'officine peut se rendre au domicile du patient afin de vérifier que le matériel prescrit soit bien adapté à la pathologie et aux contraintes du logement pour ensuite émettre d'éventuelles préconisations quant à l'aménagement du domicile. Ainsi, pharmaciens d'officines et prestataires de santé travaillent en étroite collaboration dans le cadre du MAD.

### C. Un marché en croissance

Prenant en compte le souhait pour 9 personnes sur 10 de rester à leur domicile le plus longtemps possible, le secteur du MAD est très porteur, dynamique et systématiquement en croissance, du fait du vieillissement de la population.

Or, les officines délaissent souvent le marché du MAD, en effet, celui-ci représente en moyenne 3% de l'activité du pharmacien, en croissance de 4 à 5% par an.<sup>69</sup>

Le matériel de MAD n'appartient pas au monopole pharmaceutique. Pourtant, l'officine représente un canal principal de la prise en charge des patients en perte d'autonomie. 6 patients sur 10 sont orientés et équipés par l'intermédiaire de leur pharmacien.

En 2015, 1,3 millions de personnes étaient concernées par le MAD, qui représente un marché estimé à 4,7 milliards d'euros, et à l'horizon 2050, près de 2,2 millions de patients le seront.<sup>70</sup>

Les raisons d'investir dans le secteur du MAD sont nombreuses puisqu'il s'agit de répondre aux attentes de patients qui ont des besoins en dispositifs médicaux autant qu'en médicaments.

De plus, un seul patient recruté sera un patient récurrent et fidélisé. Ainsi, développer une offre en MAD de qualité est un enjeu stratégique et majeur.

---

<sup>69</sup> Rédaction, L. (2016, 21 avril). Le MAD, un secteur porteur pour l'officine. Revue Pharma. <https://www.revuepharma.fr/2015/09/mad-secteur-porteur-lofficine/> (vu le 23/05/2021)

<sup>70</sup> Rapports d'activité du CEPS 2015 –. (2020, 1 octobre). Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/rapports-d-activite-du-ceps> (vu le 23/05/2021)

#### D. Le remboursement du matériel médical

Les dispositifs médicaux, marqués CE, destinés au MAD et à l'autonomie des patients dépendants sont inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), divisée en 5 titres, chacun composé de chapitres :

- Titre I : Dispositifs médicaux pour traitements, aide à la vie, aliments et pansements
- Titre II : Orthèses et prothèses externes
- Titre III : Dispositifs médicaux implantables, implants et greffons tissulaires d'origine humaine
- Titre IV : Véhicules pour handicapés physiques
- Titre V : Dispositifs médicaux invasifs à usage individuel, utilisés par un médecin pour ou pendant la réalisation d'un acte professionnel, au cours d'une hospitalisation ou en environnement hospitalier<sup>71</sup>

D'après l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, l'inscription sur cette liste se traduit par l'attribution d'un tarif nommé par l'assurance maladie « tarif de responsabilité » sur la base duquel elle applique ses taux de remboursement, après avis de la Commission d'évaluation des produits et prestations (CEPP).

Chaque article de la LPPR possède un code (numéro du titre et du chapitre de la LPPR) qui doit apparaître sur les factures dans le cas de télétransmission.

Le matériel médical nécessaire au MAD peut être fourni sur prescription médicale et pris en charge exclusivement à l'achat (cannes, matelas et coussins anti-escarre...), exclusivement à la location (soulève malade...), à l'achat ou à la location (fauteuil roulant, déambulateur, lits médicaux, chaise de douche...).

---

<sup>71</sup> LPP : Recherche par chapitre. (2020).

[http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/tips/chapitre/index\\_chap.php?p\\_ref\\_menu\\_code=1&p\\_site=AMELI](http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/tips/chapitre/index_chap.php?p_ref_menu_code=1&p_site=AMELI) (vu le 23/05/2021)

## V. LE MAD A DOMICILE

Le MAD des personnes âgées atteintes de pathologies neurodégénératives se développe car il répond à leur envie à pouvoir rester vivre à domicile, tout en prolongeant leur autonomie, en apportant un meilleur confort et en garantissant leur sécurité, tout au long de la journée.

Le concept de MAD résume l'ensemble des prestations personnalisées mises en œuvre pour permettre de continuer à vivre au domicile dans de bonnes conditions.

Dans le cadre de cette thèse, et à travers des cas pratiques, nous allons nous intéresser aux prestations d'ordre technique qui peuvent être apportées chez des patients atteints de Parkinson ou Alzheimer. Ces prestations visent : l'aménagement des lieux de vie en particulier de la chambre, les aides aux déplacements de la personne pour éviter les chutes, l'ergonomie de la salle de bain et les aides à l'hygiène, ainsi que les aides techniques liées aux prises de repas.

### A. L'aménagement de la chambre

La chambre joue un rôle central dans le domaine du MAD. Il s'agit du lieu de vie principal des patients en perte d'autonomie à leur domicile. Lieu de repos et de soins du patient, elle nécessite un aménagement primordial favorisant le confort, sécurité et repos.

#### 1. Le lit médicalisé

Sont utilisés actuellement, uniquement des lits à hauteur ajustable, dotés d'un relève-buste électrique, d'un relève-jambes manuel ou électrique et souvent, de roulettes pour faciliter leur déplacement. Les systèmes électriques sont actionnés par une télécommande, accessible au patient, lui permettant d'adapter la position de son lit, en conservant son autonomie. Le lit médicalisé est pris en charge chez les patients devant être **alités au minimum 10 heures/jour**.

## Différents types de lit médicalisé : <sup>72</sup>

- Lit médicalisé standard (pouvant supporter jusqu'à 135kg),
- Lit médicalisé double (140 cm de largeur) pour des malades souhaitant continuer à partager le lit avec leur conjoint, avec matelas et options indépendantes,
- Lit médicalisé pour personne forte (lits fortissimo de différentes largeurs pouvant supporter jusqu'à 270kg),
- Lit médicalisé pour personne confuse, désorientée (souffrant de la maladie d'Alzheimer comme nous le verrons en exemple, page 97).



*Lit médicalisé standard*



*Lit médicalisé double*



*Lit médicalisé fortissimo*



*Lit médicalisé Alzheimer*

Figure 12 : Les différents types de lits médicalisés <sup>72 73 74</sup>

<sup>72</sup> Quels sont les différents modèles de lits médicalisés ? - Lit médicalisé & conseils. (2013, 15 octobre). <http://www.lit-medicalise-conseils.com/index.php?id=quels-sont-les-differents-modeles-de-lits-medicalises>. (vu le 26/05/2021)

<sup>73</sup> LIT MEDICALISE - FORTISSIMO (forte corpulence). Medical ortho. <https://www.medical-ortho.com/catalogue/normal/lit-electrique-confort/4791-lit-medicalise-fortissimo-forte-corpulence.html> (vu le 11/11/2021)

<sup>74</sup> Location lit double – Alvitie. <https://www.altivie.fr/produits/location-lit-double> (vu le 11/11/2021)

Le sommier d'un lit médicalisé, de largeur variant en général de 70 à 120 cm, atteint 200 cm de longueur. Il peut présenter deux plans (relève-buste uniquement), trois plans (relève jambe associé au relève-buste), quatre plans (le relève-jambe présente une plicature). Un système de fixation pour une potence, une tige porte-sérum ou un porte-bocal à urine est présent sur le sommier.

Le lit médicalisé est disponible à la location ou à la vente. Il est pris en charge pour les patients ayant perdu leur autonomie motrice, qu'elle soit transitoire ou définitive. Le forfait de facturation comprend, conformément aux recommandations de l'AFSSAPS du 25 juillet 2002, une maintenance préventive (une fois par an) et une maintenance curative, réalisée sur devis avec facture détaillée historique du lit dans la limite de 1030 euros pour cinq ans. L'achat du lit médicalisé est ainsi renouvelable tous les 5 ans. La garantie doit être au minimum de 2 ans.<sup>75</sup>

## 2. Matelas, oreiller et cousin de positionnement

Le choix de la literie est indispensable tant pour le confort du patient que pour prévenir les risques d'escarres liés à l'alitement prolongé.

L'escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses.<sup>76</sup> Les échelles de Braden et de Norton (Annexes 6 et 7) permettent d'évaluer le risque d'escarres. Le risque de développer des escarres doit être réévalué régulièrement.

Il existe également certains facteurs de risque : extrinsèques (pression prolongée, facteurs de cisaillement de la peau et frottements) et intrinsèques (condition physique, état mental, incontinence, état nutritionnel, troubles de la sensibilité...). 80% des escarres sont localisés au niveau du sacrum et des talons.

De plus, l'apparition d'escarres concerne essentiellement les patients atteints d'une pathologie neurologique. Ainsi, il est recommandé, dans le cadre des pathologies étudiées, d'équiper le lit

---

<sup>75</sup> LPP : Recherche par chapitre. (2010). LIT MEDICAL, ACHAT, LIT SPECIFIQUE, MAINTENANCE CURATIVE ET PREVENTIVE.

[http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/tips//chapitre/index\\_chap.php?p\\_ref\\_menu\\_code=244&p\\_site=AMELI](http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/tips//chapitre/index_chap.php?p_ref_menu_code=244&p_site=AMELI) (vu le 26/05/2021)

<sup>76</sup> HAS, CONFERENCE DE CONSENSUS – Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. (2001, novembre). [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Escarres\\_court.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Escarres_court.pdf) (vu le 26/05/2021)

médicalisé, de coussins et matelas anti-escarre, qui augmentent la surface de contact pour mieux répartir les points de pression pour la nuit.

Il existe 3 classes de matériels anti-escarre selon la LPP :

- ① **Classe I** : risque faible, patients avec un score de Norton inférieur ou égal à 14 ou présentant une lésion médullaire, il existe 2 sous-classes ; la classe IA dans la limite d'un matelas ou surmatelas par an (remboursement 137€) et la classe IB, tous les 2 ans (remboursement 230€).
- **Matelas gaufrir (IA)** : il s'agit d'un monobloc ou de trois blocs identiques, constitués de plots de mousse indépendants et mobiles, qui permettent une bonne répartition de la pression et évitent le phénomène de macération grâce à la circulation de l'air entre les plots, dans des canaux d'aération.
  - **Surmatelas à pression alternée (IA)** : il est constitué de cellules qui se gonflent et se dégonflent, alternativement à l'aide d'un compresseur, et permet une alternance dynamique des points de pression.
  - **Matelas en mousse (IB)** : la mousse est formée de modules amovibles de densité et/ou de hauteur variable permettant un confort adapté à chaque partie du corps.
  - **Surmatelas à air statique (IB)** : il est composé de cellules interconnectées qui se gonflent à l'aide d'un compresseur et s'adapte immédiatement aux changements de position du patient.
- ② **Classe II** : risque moyen à élevé, patients avec un score de Norton inférieur ou égal à 14 et présentant des antécédents d'escarre. Pour les coussins, cette classe est destinée aux patients restant plus de 10 heures au fauteuil. Le renouvellement est possible tous les 3 ans (remboursement 300€).
- **Matelas ou surmatelas en mousse viscoélastique** : à mémoire de forme, ils sont constitués d'une mousse qui réagit à la chaleur du corps, lui permettant d'être immergé de façon homogène dans le support et réduisant les pressions au niveau des points d'appui.

③ **Classe III** : risque élevé, score de Norton inférieur ou égal à 14 avec antécédents d'escarre et renouvellement possible tous les 5 ans. Les matelas sont pris en charge à l'achat (remboursement 400€).

- **Matelas multi strates** : constitué de trois couches de mousse (inférieure de haute résilience ; intermédiaire en forme de gaufrier ; supérieure très élastique), il permet une meilleure répartition de points de pression et une bonne circulation de l'air entre les strates. Aussi, il est adapté aux patients de poids faible car il ne se réchauffe pas avec le poids du malade contrairement aux autres classes.



*Matelas gaufrier*



*Surmatelas à pression alternée*



*Matelas à mousse viscoélastique*



*Matelas multi strates*

Figure 13 : Les différents types de matelas <sup>77 78 79</sup>

<sup>77</sup> Tous Ergo. (2021). <https://www.tousergo.com/> (vu le 11/11/2021)

<sup>78</sup> Fournisseur de matériel médical orthopédique professionnel. Compresseur & surmatelas à pression alternée | Thuasne (BE). <https://be.thuasne.com/fr/compresseur-surmatelas-pression-alternee> (vu le 11/11/2021)

<sup>79</sup> Matelas en viscoélastique VitaForm 4 - Classe 2. Bastide le confort médical. <https://www.bastideleconfortmedical.com/> (vu le 11/11/2021)

L'oreiller carré ou rectangulaire, en mousse viscoélastique, à mémoire de forme s'adapte aux différentes morphologies et prévient la formation d'escarre au niveau de l'occiput. Il s'agit du seul modèle inscrit à la LPP.

Le cousin de positionnement (composé de microbilles de polystyrène légères ou en fibres à effet mémoire de forme) intervient également dans le cadre de la prévention et du soin de l'escarre, en maintenant le patient dans une position allongée sur le côté à trente degrés, pour diminuer les pressions. Il permet de répartir le poids du patient sur une plus grande surface et d'éviter l'écrasement des tissus au niveau des zones sensibles. De plus, il évite que le patient soit sans la même position pendant plus de 2 à 3 heures.



Figure 14 : Coussin de positionnement <sup>80</sup>

### 3. Les principaux accessoires <sup>81</sup>

- Les **barrières** : pliantes ou coulissantes, elles s'adaptent sur un ou deux côtés du lit et sécurisent le patient sans le renfermer, pour éviter qu'il ne chute et se blesse en cas d'agitation ou de confusion. Elles font l'objet d'une réglementation particulière imposant leur installation au niveau du lit uniquement en cas de prescription et définissant l'espace entre les barreaux ou entre le sommier et la barrière en raison d'un risque de piégeage.

Pour plus de confort, elles peuvent être recouvertes de protections en mousse, disponibles à l'achat mais non remboursables (en général entre 50 et 130€).

---

<sup>80</sup> Tous Ergo. Pack de coussins de positionnement 2 - Coussin de positionnement. <https://www.tousergo.com/coussin-de-positionnement/1356-pack-de-coussins-de-positionnement-2.html> (vu le 11/11/2021)

<sup>81</sup> Gdd, L. P. (2021, mars 4). Lit médicalisé : quels équipements et accessoires choisir ? Pharma Gdd. <https://www.pharma-gdd.com/fr/lit-medicalise-quels-equipements-et-accessoires-choisir> (vu le 26/05/2021)

- La **potence « perroquet »** : mobile, elle permet au malade de se hisser, se redresser, ou s’asseoir, pivoter et sortir tout seul de son lit plus facilement en tirant sur une poignée placée au-dessus de la tête du lit. La plupart du temps, elle est présente et fait partie des accessoires inclus dans le forfait de location ou d’achat d’un lit.



Figure 15 : La potence

- Le  **pied à sérum**  : composé d’une tige métallique réglable en hauteur, il est destiné à la suspension, par un crochet, de poches de perfusion ou de nutrition. Il peut être fixé au lit ou sur un pied indépendant, sur roulettes. Il est mis à disposition gratuitement par la pharmacie uniquement dans le cadre d’une délivrance de matériel pour perfusion, dans les cas de forfait de perfusion ou de nutrition entérale.



Figure 16 : Le pied à sérum <sup>82</sup>

---

<sup>82</sup> L-MED, votre centrale d’achat pour les établissements de santé - lmed. (2021). L-Med. <https://www.l-med.fr/4625-pied-a-serum2.html> (vu le 26/05/2021)

- **L’arceau de lit** : permet de surélever les draps au-dessus des jambes afin d’éviter le frottement et le poids des draps sur les zones sensibles, à escarre par exemple. Il est disponible exclusivement à l’achat. Son remboursement est à hauteur de 8€, ce qui est en général aussi son prix de vente.



Figure 17 : L’arceau de lit

- La **barre d’appui** : elle est à glisser sous le lit, et aide à se redresser, entrer ou sortir du lit. Non remboursées, elles sont disponibles à l’achat (en général entre 50 et 100€ selon le type de barre).



Figure 18 : La barre d’appui

- La **table de lit** : généralement réglable en hauteur avec un plateau inclinable, elle est un support au malade, notamment pour prendre ses repas en restant assis dans son lit, ou à l’infirmier, pour la préparation des soins. Elle est disponible exclusivement à l’achat (entre 60 et 400€ pour des modèles particuliers).



Figure 19 : La table de lit

#### 4. Le siège coquille <sup>83</sup>

C'est un siège facilitant le maintien et le confort du patient. Il est composé d'un dossier, d'un siège, d'accoudoirs, d'un coussin repose-jambes inclinable et d'un repose-pied réglable. La prise en charge est assurée à l'achat (LPP à 592,85€) pour 5 ans et nécessite une demande d'entente préalable établie par tout médecin et pharmacien (Annexe 8).

Depuis le 1er janvier 2018, les conditions de prescription précisent que le patient doit :

- Être âgé de 60 ans et plus,
- Avec une impossibilité de se maintenir en position assise sans un système de soutien,
  - Personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants,
  - Personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées mais dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
  - Personne en fin de vie.
- Doit être évalué en classe GIR1 ou GIR2.

---

<sup>83</sup> Arrêté du 17 octobre 2017 portant modification des modalités de prise en charge des « sièges coquilles de série » au titre 1er de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale – Légifrance. (2017, octobre). <https://www.legifrance.gouv.fr/> (vu le 26/05/2021)



Figure 20 : Le fauteuil coquille <sup>84</sup>

#### 5. Le fauteuil de relaxation <sup>85</sup>

Ce fauteuil de repos permet d'améliorer le bien-être du patient à son domicile. Il n'est pas pris en charge par la sécurité sociale (entre 300 et 650€ en général).

Il possède généralement une assise confortable, un repose-jambes capitonné et des accoudoirs en mousse réglables en hauteur.

Ce fauteuil équipé par un à quatre moteurs permet de se détendre grâce à une position relaxante. Un système permet de basculer doucement l'ensemble du siège vers l'arrière, ce qui a pour effet de placer le patient dans une position ultra confortable, avec beaucoup moins de points de pression. Il permet également d'assister le patient lorsqu'il souhaite se relever en inclinant le siège jusqu'à aider la personne à se tenir debout.

Le fauteuil de relaxation électrique à fonction de releveur, est particulièrement apprécié en cas de difficultés motrices.

---

<sup>84</sup> <https://www.medinov.fr/fauteuil-coquille-medical/771-fauteuil-coquille-montmartre.html> (vu le 26/05/2021)

<sup>85</sup> Maintien à domicile. (2021). Bien être médical. <https://www.bienetremedical.fr/nos-produits/maintien-a-domicile.html> (vu le 11/11/2021)



Figure 21 : Le fauteuil de relaxation releveur <sup>86</sup>

## B. L'aide aux transferts et à la mobilité

Les déplacements des malades, d'une position à une autre ou d'un endroit à un autre, à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile, s'effectuent seuls ou avec l'aide de tierces personnes. Des aides techniques allant d'une simple canne à un fauteuil roulant ou un soulève malade, existent, pour les faciliter, les sécuriser et maintenir l'autonomie des patients.

### 1. Les cannes <sup>87</sup>

Les cannes, fabriquées en matériaux (bambou, bois, métal) ou teintes diverses, permettent de maintenir l'équilibre de patients ayant une déficience à la marche et de soulager leurs membres inférieurs.

Pour une utilisation **temporaire**, on recommande l'utilisation d'une canne anglaise ou d'une canne pliante. En cas d'utilisation plus **régulière**, une canne en T, une canne tripode ou à

---

<sup>86</sup> Fauteuil releveur 1 moteur CONFORT | Bastide. <https://www.bastideleconfortmedical.com/fauteuil-confort-domitec.html> (vu le 11/11/2021)

<sup>87</sup> Aide à la mobilité. (2020, 9 avril). Orkyn. <https://www.orkyn.fr/mon-traitement-suivi-domicile-materiel-maintien-domicile/aide-mobilite> (vu le 26/05/2021)

poignée anatomique assurant une meilleure prise en main, seront plus adaptées. Leur prise en charge se fait uniquement à l'achat.

Quelque soit la canne utilisée, le pharmacien veille à ce que la poignée, tenue par la main, soit bien réglée en hauteur et arrive au niveau du trochanter. Aussi, pour éviter les chutes, l'embout en caoutchouc de la canne (1,80€ environ) doit être vérifié et changé régulièrement.



Figure 22 : Les types de cannes



Figure 23 : Les différents embouts de canne<sup>88</sup>

<sup>88</sup> Embout de rechange pour canne, canne pliante et canne anglaise - Embouts pour cannes et déambulateurs - Robé vente matériel médical. (2021) <http://www.robe-materiel-medical.com/Embout-de-rechange-pour-canne-canne-pliante-et-canne-anglaise-EMB300-materiel-medical.htm> (vu le 08/11/2021)

## 2. Déambulateur et rollator<sup>89</sup>

Les déambulateurs sont adaptés pour des patients présentant des difficultés à la marche ayant besoin de sécuriser leurs déplacements. Certains peuvent être pliants pour faciliter leur rangement.

Le choix du modèle tient compte du logement du patient, de son usage extérieur et/ou intérieur, de la force et de capacité de préhension du patient et du poids du matériel.

Réglables en hauteur, ils sont pris en charge à l'achat ou en location avec un tarif dégressif au-delà de la 26<sup>ème</sup> semaine.

Il en existe différents types :

- Le **cadre de marche fixe** (également utilisé comme cadre de toilette, en passant au-dessus).
- Le **cadre de marche double poignée** en cas de manque de stabilité ou permettant une étape intermédiaire pour se relever plus facilement.
- Le **rollator à deux roues**, permet de limiter les efforts de patients se fatigant rapidement, en étant muni de deux roulettes à l'avant. Le plus souvent, un siège y est intégré.
- Le **rollator à trois roues**, plus maniable notamment dans les espaces exigus, il est en revanche, instable et déconseillé en cas de manque d'équilibre.
- Le **rollator à quatre roues**, plus stable que le rollator à trois roues, équipé de freins commandés par des poignées et d'un panier.

J'ai pu constater que la marche était généralement assistée par une canne. A l'inverse, les prescriptions de déambulateur ou de rollator sont extrêmement rares en officine, mais sembleraient pourtant parfois plus adaptées. Les patients manquent le plus souvent de motivation à l'idée de se servir d'un déambulateur et font preuve d'appréhension quant à son utilisation. Aussi, ils semblent contrariés par le regard de leur entourage qui peut changer à leur égard. L'utilisation d'une canne, qu'elle soit classique ou quadripode, est plus facilement acceptée par les patients, même s'ils doivent avant tout y être préparés !

---

<sup>89</sup> Aide à la mobilité. (2020, 9 avril). Orkyn. <https://www.orkyn.fr/mon-traitement-suivi-domicile-materiel-maintien-domicile/aide-mobilite> (vu le 26/05/2021)

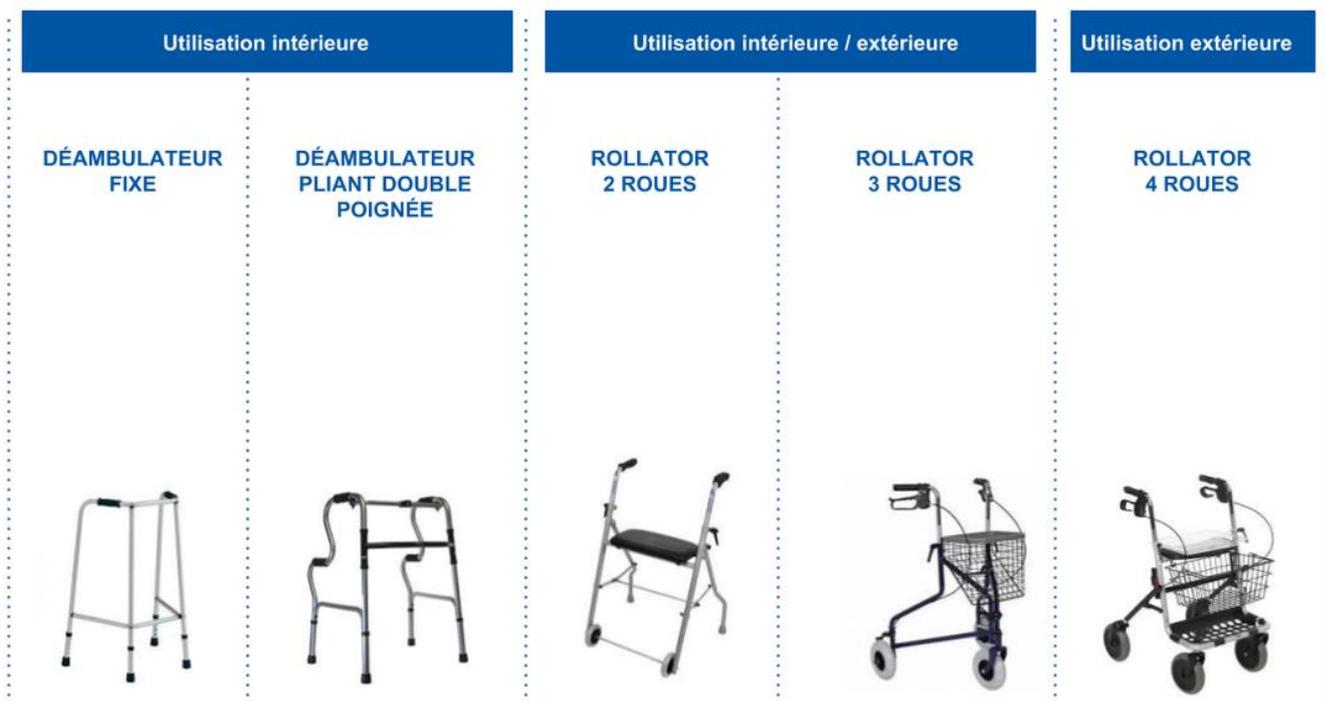


Figure 24 : Les types de déambulateurs

### 3. Le fauteuil roulant<sup>90 91</sup>

Il se compose traditionnellement d'un siège et d'un dossier dit "en toile" fixé sur un châssis. Il repose sur quatre roues : deux grandes et deux petites. La propulsion du fauteuil est assurée par le patient à l'aide de "mains courantes", ou par une tierce personne grâce à des poignées ou une barre de poussée. Le fauteuil peut aussi être muni de repose-jambes, d'un appuie-tête, d'un prolongateur de dossier ou d'une tablette.

Pris en charge à l'achat ou à la location, il est toujours équipé de repose-pieds. La location des est divisée en trois parties : location hebdomadaire du fauteuil avec 1 accessoire, avec 2 accessoires, avec plus de 2 accessoires. La tarification se fait avec une dégressivité au-delà de la 52ème semaine.

<sup>90</sup> Callanquin, J., Camuzeaux, C., & Labrude, P. (2008). Le matériel de maintien à domicile : avec cas pratiques et exercices (4e éd.). Masson.

<sup>91</sup> Aide à la mobilité. (2020, 9 avril). Orkyn. <https://www.orkyn.fr/mon-traitement-suivi-domicile-materiel-maintien-domicile/aide-mobilite> (vu le 26/05/2021)

L'entretien régulier du fauteuil est indispensable et son renouvellement (maximum un tous les 5 ans) se fait en fonction de l'usure, de l'évolution de la maladie ou de l'environnement.

Généralement le pharmacien s'occupe uniquement de la location du fauteuil roulant. En revanche, s'il détient la formation WOIPPY, il est alors possible pour lui de vendre des fauteuils roulants de son stock personnel. Il doit donc être capable d'assurer la maintenance complète du matériel ainsi que la réparation des pièces.

Cette formation permet l'acquisition des connaissances réglementaire, médicale et technique afin de conseiller, louer, vendre et entretenir les véhicules pour personnes handicapées (VHP).

Grâce à cette formation, le pharmacien possède les connaissances de réglages et d'entretien des VHP. Il sait conseiller la personne handicapée en fonction de sa maladie et de son incapacité, dans le respect des règles de bonnes pratiques professionnelles.<sup>92</sup>

a) Critères de choix

De nombreux critères sont à prendre en compte afin de choisir un fauteuil adapté au patient et à son environnement :

- **Type de déficience** : définitive ou temporaire
- **Le degré de dépendance**
- **L'âge et la morphologie** : permettent d'estimer la taille et la largeur d'assise du fauteuil roulant. Le poids, la taille, le sexe ainsi que la largeur du bassin en position assise (à laquelle on ajoute deux centimètres) du patient doivent être précisés.
- **Les ressources financières**
- **Le lieu de vie** : usage intérieur ou extérieur, déplacements en voiture, largeur des portes, accessibilité aux toilettes, présence de marches...

---

<sup>92</sup> CERAHTEC Formation VPH. CERAHTEC. <https://mobile.cerahtec.fr/fr/formations/vph> (vu le 11/11/2021)

L'installation du fauteuil est réussie selon :

- La **largeur d'assise adaptée**
- Le **réglage en hauteur des palettes** : les cuisses doivent être posées sur l'assise pour ne pas générer de points de pression vers les ischions et permettre l'accès du patient à une table. Aussi, il faut aussi respecter un espace de 5 à 8 cm entre les palettes du repose-pied et le sol afin de ne pas gêner le passage d'obstacles.
- Le **dossier ajusté** : doit arriver à la pointe des omoplates.
- La **profondeur du siège** : la distance entre le bord du siège et la plicature des genoux doit être comprise entre 4 et 10 cm.
- L'adjonction d'un **dossier et/ou coussin de prévention des escarres**, en mousse à mémoire de forme peut être proposée pour plus de confort. Les coussins sont pris en charge à l'achat.

b) Différents types de véhicules

- ① Le **fauteuil roulant léger**, facilement maniable, à propulsion manuelle ou podale, apporte une aide à la mobilité et maintient un certain niveau d'autonomie du patient.

Fauteuil léger en aluminium à dossier inclinable à 30° avec croisillon renforcé et roues à démontage rapide. Equipé en standard d'accoudoirs courts afin de pouvoir accéder à une table.



Figure 25 : Le fauteuil roulant léger<sup>93</sup>

- ② Le **fauteuil de transfert** est destiné aux personnes présentant une perte de mobilité avec l'incapacité de se propulser seul. La largeur d'assise est similaire à celle du fauteuil roulant. En revanche, ce fauteuil est moins large car ses roues sont plus petites. A la vue de la taille des roues, il ne peut être utilisé que propulsé par un tiers et ainsi de manière occasionnelle.

<sup>93</sup> Pharmacie du Centre Albert. ORKYN VERMEIREN Fauteuil Roulant Léger Evolutif ECLIPS 30° - Dossier I. <https://www.pharmacie-du-centre-albert.fr/produit/fauteuil-roulant-leger-evolutif-eclips-30-dossier-inclinable-par-verin-n9488-1-unite-orkyn-vermeiren-588906> (vu le 11/11/2021)

Plus léger, il est pratique pour les transferts et maniable notamment dans les intérieurs exigus. En comparaison au fauteuil roulant, son poids est plus léger et à sa taille plus petite, néanmoins son confort et sa sécurité sont moindres.



Figure 26 : Le fauteuil de transfert

- ③ Le **fauteuil roulant de confort**, doté d'une assise et d'un dossier anatomiques, est idéal pour les patients siégeant longtemps en position assise.



Figure 27 : Le fauteuil roulant de confort

- ④ Le **fauteuil roulant électrique** est déconseillé en cas de troubles neurologiques tels que pertes de mémoire, désorientation spatio-temporelle, pour éviter les accidents à la suite d'une insuffisance de maîtrise de l'appareil.

L'attribution de ce type de fauteuil n'est permise uniquement après remplissage d'une demande d'entente préalable, lorsqu'une personne se trouve dans l'impossibilité de se servir du fauteuil manuel, en particulier à cause d'un handicap au niveau des membres supérieurs.



Figure 28 : Le fauteuil roulant électrique <sup>94</sup>

c) Les adjonctions possibles

De nombreuses adjonctions existent pour les fauteuils, pour améliorer le confort du patient :

- Le système garde-robe en cas d'incontinence,
- Les repose-jambes,
- La tablette,
- Le prolongateur de dossier,
- L'appuie-tête,
- Le cale-buste,
- L'accroche canne,
- La ceinture de maintien.

---

<sup>94</sup> Fauteuil roulant électrique pliant à distance par télécommande, AURA 20 - Scooters électriques et fauteuils roulants pour PMR/Fauteuils roulants électriques. (2021). MON ESSENTIEL BIEN-ÊTRE. <https://www.monessentielbienetre.com/scooters-electriques-et-fauteuils-roulants-pour-pmr/fauteuils-roulants-electriques/fauteuil-roulant-electrique-pliant-a-distance-par-telecommande-aura-20.html> (vu le 26/05/2021)

#### 4. Le soulève malade et le verticalisateur<sup>95</sup>

Il s'agit d'aides techniques sécurisant les transferts du patient.

- ① Le **soulève-malade** permet de soulever une personne pour la déplacer. Il est composé d'un bras de levage prolongé par un fléau relié à une potence sur laquelle s'adapte la sangle. Cet appareil est animé par une force électrique, actionnée par une télécommande.

Plusieurs types de sangles existent : la sangle en U ou le hamac (limite le cisaillement au niveau des cuisses pour des patients ayant besoin d'un soutien important ou pour des personnes de forte corpulence) ; la sangle universelle avec un dossier et un siège (en cas de bon maintien postural) ; la sangle têtère (en cas de mauvais maintien de la tête).

Le soulève-malade est pris en charge uniquement à la location avec un tarif dégressif après la 32ème semaine. Les sangles bénéficient d'une participation à l'achat (24,15€).

- ② Au lieu de prendre en poids, le **verticalisateur** met un patient en position debout. Les pieds du patient sont placés sur une base recouverte d'un revêtement antidérapant et calés dans des talonnières fixes, les genoux bloqués contre une protection, elle-même fixée sur un mât. Il est utilisé chez les patients qui ont encore un tonus musculaire.



Figure 29 : Le soulève-malade



Figure 30 : Le verticalisateur

<sup>95</sup> Callanquin, J., Camuzeaux, C., & Labrude, P. (2008). Le matériel de maintien à domicile : avec cas pratiques et exercices (4e éd.). Masson.

## C. L'aide à l'hygiène<sup>96 97</sup>

La toilette est un facteur de bien-être physique et moral, un moment de détente très important à conserver. Il s'agit probablement de l'un des moments de la journée où la personne fragile ressent le plus le besoin d'accompagnement dans la dépendance. Il est nécessaire de savoir si le malade a besoin d'aides techniques ou d'une tierce personne pour limiter ses efforts. La toilette suppose la capacité d'enjamber une baignoire, de s'y allonger, de s'y maintenir en position assise ou semi-allongée et de pouvoir se relever pour en sortir, le tout sur des surfaces glissantes avec des obstacles hauts à franchir. Les aides techniques visent à pallier les difficultés rencontrées à chaque étape.

Mis à part le système garde-robe, aucune aide citée ne bénéficie d'une prise en charge par l'Assurance maladie.

### 1. Pour éviter de glisser

50% des chutes à domicile ont lieu dans la salle de bain. L'installation de tapis de bain avec les ventouses antidérapantes dans le fond de la baignoire, carrelages anti-glisse à l'extérieur ou barres de maintien permet d'éviter les chutes.



Figure 31 : Barres de maintien



Figure 32 : Le tapis de bain

---

<sup>96</sup> Aide à l'hygiène. (2020, 9 avril). Orkyn. <https://www.orkyn.fr/mon-traitement-suivi-domicile-materiel-maintien-domicile/aide-hygiene> (vu le 26/05/2021)

<sup>97</sup> Callanquin, J., Camuzeaux, C., & Labrude, P. (2008). Le matériel de maintien à domicile : avec cas pratiques et exercices (4e éd.). Masson.

## 2. Pour entrer dans la baignoire

La fixation d'une poignée d'accès au bain sur le côté externe de la baignoire, de barres d'appui ou d'un marche pied, facilitent l'entrée et la sortie de la baignoire.

La planche de transfert ou le siège de bain pivotant permettent d'y accéder par translation au-dessus de la baignoire. Certains sièges ont une possibilité d'élévation par un système pneumatique ou électrique étanche. La montée ou la descente se fait en douceur.



Figure 33 : La planche de transfert



Figure 34 : Le siège pivotant <sup>98</sup>

Il existe également le matelas hydraulique, qui assure les mêmes fonctions mais le patient peut rester en position allongée.

Les baignoires elles-mêmes peuvent être adaptées et à large porte ouvrante entraînant un accès latéral aisé.

## 3. Pour se relever

Dans la baignoire ou la douche des barres de maintien et barres coudées peuvent être fixées sur le mur.

---

<sup>98</sup> <https://www.materiel-handicap.fr/les-planches-pour-baignoire-personne-agee-pmr-handicap/107-planche-de-bain-marina.html> (vu le 26/05/2021)

#### 4. Pour limiter vos efforts

Le siège ou tabouret de douche permet de prendre une douche en position assise. Il existe des modèles fixables sur le mur et rabattables.

La chaise de douche est quant à elle, équipée d'un dossier. Elle est fixe ou à roulettes avec ou sans freins, accoudoirs relevables, repose-pieds et barres de poussée. Certaines possèdent un système garde-robe. Dans ce cas, la chaise est percée pour y glisser un seau hygiénique amovible et son couvercle, ainsi qu'un coussin de recouvrement pour améliorer le confort quand la fonction sanitaire n'est plus utilisée. Ces chaises peuvent également se placer au-dessus de la cuvette des WC, ou être utilisée comme toilette d'appoint, près du lit pour éviter les déplacements nocturnes, limitant ainsi les risques de chutes.



Figure 35 : Le tabouret de douche



Figure 36 : La chaise de douche<sup>99</sup>

#### 5. Pour faciliter l'accès aux toilettes

Des barres de maintien fixées de chaque côté des toilettes ou des cadres de toilette permettent d'aider à s'asseoir et à se relever.

Il existe aussi des réhausses WC ou sur élévateur de toilette, de sept à quinze centimètres, à poser directement sur la cuvette pour les patients ayant des difficultés à s'asseoir. Certains possèdent des accoudoirs relevables pour faciliter et sécuriser les transferts. Il en existe de différents types : avec ou sans couvercle, avec ou sans poignées, disposant d'une lunette large avec assise à grande surface pour personnes corpulentes.

---

<sup>99</sup> <https://www.aosom.fr/> (vu le 26/05/2021)

L'incontinence urinaire, fréquente chez les patients âgés, doit être prise en charge, par exemple, à l'aide de la chaise percée lorsque les transferts sont difficiles. La chaise percée doit être délivrée avec une boîte de sacs hygiéniques à fermeture hermétique, pour seau de chaise, à l'achat (en général entre 15 et 20€). Ces sacs possèdent un tampon absorbant idéal pour transformer les matières et ne pas laisser échapper les odeurs.



Figure 37 : Le réhausse WC



Figure 38 : La chaise percée

## 6. Autres aides à la toilette

Des éponges de bain, des gants de toilette, des peignes et des brosses, tous montés sur de longs manches, facilitent les soins de toilette pour les personnes ayant des déficits d'amplitude articulaire ou de préhension.

### D. L'aide pour le repas<sup>100 101</sup>

Les repas sont des moments importants qui rythment la journée. Des dispositifs adaptés existent pour une meilleure prise en main et facilitent la préparation et la prise des repas.

Il est possible d'équiper le lit médicalisé d'une table roulante ou d'un plateau, pour les personnes ne pouvant pas se déplacer, afin de prendre leurs repas.

---

<sup>100</sup> Aide au repas. (2020, 9 avril). Orkyn. <https://www.orkyn.fr/mon-traitement-suivi-domicile-materiel-maintien-domicile/aide-au-repas> (vu le 26/05/2021)

<sup>101</sup> Callanquin, J., Camuzeaux, C., & Labrude, P. (2008). Le matériel de maintien à domicile : avec cas pratiques et exercices (4e éd.). Masson.

On distingue aussi des ustensiles ergonomiques pour faciliter la préhension : couverts à large poignée, couteau-fourchette, couteau-cuillère, couteau courbe, pinces, rebords d'assiette, assiette ventouse, verres faciles à saisir à anses, à découpe nasale, avec un bec verseur ou avec base antidérapante, pailles avec bille antiretour.



Figure 39 : Verre à anses



Figure 40 : Assiette à rebords



Figure 41 : Couverts

#### E. L'aide pour l'habillage<sup>102</sup>

Les aides à l'habillage permettent de pallier certains déficits physiques et intellectuels. On retrouve : l'enfile-bas, l'enfile-collant, l'enfile-bouton, les lacets élastiques, le chausse-pied allongé, l'appareil à ouvrir ou fermer les fermetures à glissières.



Figure 42 : Aide pour fermeture



Figure 43 : Enfile bas



Figure 44 : Chausse-pied allongé<sup>103 104</sup>

<sup>102</sup> Callanquin, J., Camuzeaux, C., & Labrude, P. (2008). Le matériel de maintien à domicile : avec cas pratiques et exercices (4e éd.). Masson.

<sup>103</sup> Tous Ergo. (2021). Pour votre autonomie, soyez bien accompagné. <https://www.tousergo.com/> (vu le 26/05/2021)

<sup>104</sup>

## VI. CAS PRATIQUES

Parkinson et Alzheimer sont les pathologies neuro-dégénératives les plus fréquemment rencontrées en MAD. Nous allons illustrer en quoi le MAD est source d'amélioration de la qualité de vie du patient à domicile, au travers de cas pratiques. Pour cela, j'ai travaillé en collaboration avec la Pharmacie des 4 chemins à Porto-Vecchio, spécialisée dans la délivrance de matériel médical. Je me suis intéressée à 2 patients, le premier atteint de la MP et le second atteint de la DTA. J'ai choisi ces deux personnes âgées en perte d'autonomie, car chacune s'est vue prescrire ou conseiller à plusieurs reprises du matériel médical afin de pallier à des troubles moteurs ou cognitifs.

### A. Cas 1 : Patient PARKINSON

Le patient est une personne âgée de 86 ans. Celui-ci est traité pour la maladie de parkinson par du STALEVO associé à du SIFROL. Le patient est également traité pour un excès de tension intraoculaire à l'aide de plusieurs collyres (DACUDOSE, TRUSOPT, DUOTRAV).

Le patient n'est pas isolé. Depuis quelques années, il bénéficie de soins réguliers par une infirmière à domicile.

Sa maladie de parkinson est à l'origine de douleurs importantes et surtout d'une gêne dans la mobilisation de ses articulations. Depuis plus d'un an, il lui a été prescrit un lit médicalisé ainsi qu'un fauteuil roulant.

**cerfa**  
n° 14465\*01

## Ordonnance bizone

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale.

Identification de la structure  
Pratiquant titulaire du cabinet, de l'établissement ou n° AAI, FONGED ou DRCF

Identification du patient  
Il est de l'ordre du médecin ou de son remplaçant et il est de l'ordre du prescripteur

n° d'identification à compléter par l'ordonnancier

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste en hors liste)  
(AFFECTION EXONÉRANTE)

le 25/02/20

Location

- lit médicalisé + matelas anti escar
- Fauteuil ~~antichute~~ roulant + pack coussin anti escar

3 mois à renouveler

---

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée  
(MALADIES INTERCURRENTES)



L'affection du patient a entraîné un déficit fonctionnel avec des difficultés motrices. Le choix se porte alors sur un **LIT MEDICALISE CLASSIQUE A HAUTEUR VARIABLE ET ELECTRIQUE**, sans nécessité de barrières car le patient ne présente pas confusion ou agitation nocturne. En revanche, le lit médicalisé ne doit pas être trop haut pour éviter les chutes et l'effort lors du coucher, ni trop bas pour ne pas avoir des difficultés pour se lever ou se baisser.

**Attention !** Le lit médicalisé est ici livré à domicile accompagné des barrières. Nous insistons bien sur le fait qu'elles ne doivent pas être utilisées sur le lit du patient. En effet, une réglementation impose de n'installer les barrières au niveau du lit que si elles sont prescrites car elles entraveraient la mobilité du malade et la problématique de maltraitance, contention dans le milieu médical apparaîtrait.

Le lit médicalisé est pris en charge par la Sécurité sociale à 100%, car il fait l'objet d'une prescription médicale et que le patient souffre d'une ALD.

Pour la première facturation en location, nous tarifions le forfait de livraison du lit et de ses accessoires qui comprend livraison, mise en service et reprise du lit et des accessoires à domicile (soit 230€). Les frais de livraison doivent également comprendre la vérification technique, la démonstration du matériel, le nettoyage et la désinfection entre deux patients.

Ensuite, nous tarifions le lit de façon hebdomadaire de date à date (soit 12,6€ /semaine). Le délai de renouvellement pour le lit est de 5 ans.

***Attention !** Il est vivement recommandé d'acheter un matelas anti-escarre lors de la location d'un lit médicalisé. Les lits ne sont pas livrés avec les matelas ! Sur cette ordonnance, nous avons alors rajouté à la main après accord médical, l'achat du matelas anti-escarres, qui est inscrit sur la LPP et donc pris en charge sur prescription médicale.*

Le patient ne présente pas d'escarre, mais nous avons rajouté le matelas sur l'ordonnance pour prévenir leur formation due aux fortes pressions prolongées sur le corps alité.

Pour la facturation, nous avons alors proposé un **MATELAS NOVA FORM DE CLASSE II**. Ce matelas permet de répartir les pressions de manière homogène. La prise en charge de ce matelas est assurée pour les patients ayant un poids compris entre 40 et 100 kg.

Le renouvellement du matériel anti-escarres s'effectue tous les 3 ans et, pour raison d'hygiène, est à l'achat que ce soit pour le matelas ou le coussin anti-escarres. Le tarif de responsabilité du matelas couvre le coût d'achat du matelas + sa housse ainsi que sa livraison (soit 296,62€).

Le patient possédait une canne à son domicile. Elle lui permettait de l'assister pour ses difficultés à la marche, de sécuriser ses déplacements et l'aidait pour se mettre debout. Or, à la vue du nombre de chutes croissantes et de la capacité de déambulation du patient diminuée, le médecin lui a prescrit un fauteuil roulant à double main courante pour les déplacements.

La prise de mesures est primordiale lors du choix du fauteuil roulant. Elle a été faite par l'infirmière, car le patient ne pouvait pas se déplacer (prise de mesure qui est : la largeur d'assise nécessaire au patient ou son poids et sa taille afin d'en faire l'évaluation).

La facturation du fauteuil roulant comprend la fourniture de l'appareil et de ses accessoires, la maintenance, la reprise du matériel ainsi que la rémunération qui correspond aux manipulations liées à sa délivrance. Dans ce cas, le fauteuil est d'abord demandé en location, probablement

dans l'optique de l'achat plus tard suivant l'évolution de la maladie, les souhaits du patient et de l'entourage.

La tarification se fait après livraison, de façon hebdomadaire avec une dégressivité au-delà de la 52ème semaine.

Pour ce patient, nous avons donc facturé une location de **FAUTEUIL ROULANT CLASSIQUE LEGER DE TAILLE 40,5 CM** (avec hauteur d'assise 48,5 à 51cm et profondeur 40 à 42,5 cm) **POUR UNE LOCATION < 52 SEMAINES + 1 ACCESSOIRE** (fauteuil équipé de repose-pieds, il s'agit d'une adjonction obligatoire).

#### LPPR ET FACTURATION LOCATIONS

• Livraison	1292105	101C01.2	17,68€
• Location<52sem	1298680	101C08.11	16,45€
• 2 accessoires	1204800	101C08.12	21,30€
• + de 2 acc	1210917	101C08.13	25,51€
• Location>52sem	1255682	101C08.21	10,12€
• 2 accessoires	1232988	101C08.22	13,07€
• + de 2 acc	1240976	101C08.23	15,60€

Le poids, la taille, le sexe ainsi que la largeur de bassin de notre patient ont été communiqués afin d'avoir un fauteuil personnalisé et adapté. Le fauteuil a ensuite été livré au domicile.

Dans ce cas de figure, la prévention anti-escarres est nécessaire. Nous l'avons mentionné lors de l'appel au prescripteur, qui nous a autorisé à l'ajouter sur la prescription. Le **PACK**, à l'achat, comprend le **DOSSERET** (coussin de dossier 34,90€) + **COUSSIN D'ASSISSE ANTI-ESCARRES** (ici, coussin PRIMAFORM de classe II 40x40x7cm 69€) en mousse viscoélastique, tous deux adaptés à la taille du fauteuil. Ce matériel permet l'ajout d'un certain confort pour la location qui est longue durée.

***Attention !** On ne va pas conseiller au patient d'utiliser son fauteuil roulant tout le temps. Le fauteuil roulant est en particulier utile lors des périodes « off », notamment avec freezing. Il s'agit d'un blocage moteur, se caractérisant par un défaut de l'initiation à la marche, un piétinement ou un blocage en cours de déplacement. Dans cette situation, le risque de chute en avant est important si le patient utilise sa canne. Néanmoins, il pourra toujours envisager d'utiliser sa canne lorsqu'il le souhaite et qu'il se sent en mesure.*

Ses troubles moteurs étant en constante évolution, son médecin spécialiste a récemment augmenté de façon progressive le dosage de son traitement par lévodopa (STALEVO). A la suite de cela, son généraliste lui a prescrit une chaise percée.

**ceifa**  
n° 14-65\*01

## Ordonnance bizone

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 161-45 du Code de la sécurité sociale

<p><b>Identification du prescripteur</b> <small>(nom, prénom et identification)</small></p> <p>_____</p> <p><small>Spécialité</small></p> <p style="text-align: right;"><small>Carte</small></p>	<p><b>Identification de la structure</b> <small>(nom sociale de cabinet, de l'établissement et n° AM, FINESS ou SIRET)</small></p> <p>_____</p> <p><b>20990 AJACCIO</b></p> <p>_____</p>
--	--

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou liste) (AFFECTION EXONÉRANTE)

---

28/08/21

Stalevo 200/50/200

à introduire progressivement par 21 pil par semaine

pour remplacer le 175 par 200

---

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée (MALADIES INTERCURRENTES)

dans la semaine

à Stalevo 200

à 8h - 12h - 16h - 20h

à Sifrol CP 1.05

à le matin.

à renouveler 5 fois

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles L. 313-3, 341-1 et 441-6 du Code pénal, article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale)

93321b



n° 14465\*01

# Ordonnance bizona

Articles L. 322-3, 3° et 4°, L. 324-1 et R. 311-45 du Code de la sécurité sociale

Identification du prescripteur  
*(nom, adresse et habilitation)*

[REDACTED]

**DE MEDECINE GENERALE**

**COMMUNE**

Identification de la structure  
*(adresse postale de l'office de l'établissement ou n° AM FINESS ou SIRET)*

[REDACTED]

Identification du patient  
*(nom, date de naissance, lieu de naissance, numéro de sécurité sociale et - s'il est compatible par le prescripteur -)*

[REDACTED]

17.09.21

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)  
(AFFECTION EXONERANTE)

Chair percée

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée  
(MALADIES INTERCURRENTES)

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de peines financières, d'amende ainsi qu'il est précisé aux articles L. 313-3, 443-1 et 443-6 du Code pénal, article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

Notre patient a une incontinence modérée. Il est aussi anxieux de ne pas avoir le temps d'arriver aux WC à temps à cause de ses soucis de mobilité, car trop éloignés de sa chambre. La chaise percée semblait ainsi indispensable. Elle possède une assise percée sous laquelle est placé un seau. Ce seau est recouvert lorsque la fonction sanitaire n'est pas utilisée. Ce matériel est facturé à l'achat (102,62€). En effet, pour des raisons hygiéniques la location n'est pas conseillée. La chaise conseillée est équipée de roulettes, un réel avantage pour les transferts mais pouvant causer une chute lors de l'assise. Nous avons conseillé au patient de placer la chaise à proximité de son lit pour faciliter l'accès.



Une boîte de 20 sacs hygiéniques avec fermeture hermétique, pour seau de chaise a été également facturée à la vente (19,90€). Ils absorbent les odeurs et gélifient les matières et urines.



Le patient est toujours autonome concernant sa toilette et la préparation de ses repas. Il ne présente aucune difficulté cognitive. Du fait de tremblements et difficulté de préhension, il possède à son domicile des couverts à large poignée. Ils sont légers avec de larges manches et antidérapants qui facilitent la prise en main.



Eventuellement des petites aides techniques supplémentaires lui ont été soumises afin de pallier à ses troubles moteurs, notamment à l'aide d'ustensiles électriques en cuisine. Aussi, l'installation de barres d'appui pourrait l'aider à gagner plus facilement la baignoire ou les WC. Pour éviter les chutes, nous lui conseillons de faire sa toilette et sa cuisine de préférence en position assise pour moins de fatigue.



## B. Cas 2 : Patiente ALZHEIMER

La patiente est une personne âgée de 83 ans, en situation de veuvage. Celle-ci se trouve en phase d'état de la maladie d'Alzheimer, traitée par de la rivastigmine (EXELON). La patiente est atteinte par de nombreuses autres pathologies et doit prendre un nombre de médicaments non négligeable dans la journée.

Consultations :  
**SUR RENDEZ-VOUS**  
Lundi et Jeudi : 14h à 18h30  
Mardi et Mercredi : 9h 12h  
14 h30 à 18 h 30  
Vendredi et Samedi 9h à 12h30

PHARMACIE LAFAYETTE - LEHMANN  
20 20209 13  
09 JUIN 2020  
30 Rue des Jours  
20090 AJACCIO

PHARMACIE LAFAYETTE - LEHMANN  
20 20209 13  
06 AOÛT 2020  
30 Rue des Jours  
20090 AJACCIO

PHARMACIE LAFAYETTE - LEHMANN  
20 20209 13  
08 JUIN 2020  
30 Rue des Jours  
20090 AJACCIO

PHARMACIE LAFAYETTE - LEHMANN  
20 20209 13  
08 JUIN 2020  
30 Rue des Jours  
20090 AJACCIO

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue.  
(AFFECTION EXONERANTE)

**ATORVASTATINE (calciq) 10 mg cp (TAHOR 10 mg Cpr pell Plq/90)**  
1 comprimé le soir pendant 3 mois

**IRBESARTAN 150 mg cp (APROVEL 150 mg Cpr pell 6plq/15 (90))**  
1 comprimé le matin pendant 3 mois

**METFORMINE CHLORHYDRATE 1 000 mg + VILDAGLIPTINE 50 mg cp (EUCREAN 50 mg + 1000 mg Cpr pell 2Plq/60 (120))**  
1 comprimé matin et soir pendant 1 mois AR 2 FOIS

**APIXABAN 2,5 mg cp (ELIQUIS 2,5 mg Cpr pell Plq/60)**  
1 comprimé (voie orale) le matin et le soir pendant 1 mois AR 2 FOIS

**FLECAINIDE ACETATE 150 mg gél LP (FLECAINE LP 150 mg Gél LP 2Plq/15 (30))**  
1 comprimé le matin pendant 1 mois AR 2 FOIS

**RIVASTIGMINE 9,5 mg/24 h disp transderm (EXELON 9,5 mg/24 h Disp Transderm Sach/30)**  
1 dispositif transdermique par jour pendant 1 mois AR 2 FOIS

**ACIDE ACETYSALICYLIQUE (sel de lysine) 75 mg pdre p sol buv sachet-dose Sach/30)**  
1 sachet le midi pendant 1 mois AR 2 FOIS

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée reconnue.  
(MALADIES INTERCURRENTES)

**GLYCEROL 15 % + PARAFFINE LIQUIDE 2 % + VASELINE 8 % crème (DEXERYL Cr T/250ml)**  
1 application par jour pendant 1 tube AR 2 FOIS

**PARACETAMOL 1 g cp efferv (EFFERALGANMED 1 g Cpr eff T/8)**  
1 cp 2 fois par jour si douleurs pendant 1 mois AR 2 FOIS

**DESCLORATADINE 5 mg cp (AERIUS 5 mg Cpr pell 2Plq/15 (30))**

Elle n'est pas isolée et est entourée de ses enfants. Une infirmière est chargée de s'occuper de ses traitements et de sa toilette plusieurs fois par jour. La malade est atteinte de troubles cognitifs et confond notamment la nourriture avec les produits ménagers, la lessive, le liquide vaisselle. Elle bénéficie d'une aide à domicile tous les jours, en particulier pour l'entretien du logement et la préparation des repas.

Cette patiente est atteinte de troubles cognitifs qui s'aggravent. Il lui a été prescrit un lit médicalisé avec barrières dans le but de la sécuriser car elle connaît des moments de démence avec sa maladie.

N° 60-3937

Conventionnelle

31122376

00	1	22	1
CAB	CONV	ZSD	IK

Filigrande du patient est à coller ici

---

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)  
(AFFECTIION EXONERANTE)

N° [redacted] 12-03-20

Locati 1 lit médicalisé avec plexus et barrières et r-1.87  
pour 6 mois  
+ adit d'un matelas anti-escarre  
+ adit console anti-escarre

[Signature]

---

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée  
(MALADIES INTERCURRENTES)

[redacted]

5 3321 a

Concernant le choix du lit médicalisé, il est très important de prendre en compte l'affection de la patiente. Il est primordial de se poser la question si notre patiente présente une agitation nocturne, des chutes de lit ? C'est le cas ici.

Notre choix se porte sur un **LIT MEDICALISE ALZHEIMER A HAUTEUR VARIABLE ET ELECTRIQUE** avec nécessité de barrières car la patiente est confuse, agitée. Le lit choisi est spécifique et a l'avantage de descendre très bas, pour éviter les chutes.

C'est uniquement lorsque les accessoires sont prescrits et inclus dans la LPP, qu'ils seront placés sur le lit. Dans notre cas, la présence de **BARRIERES** empêchera la malade de tomber en cas d'agitation ou d'atonie et permettra d'éviter les fugues. Atteinte de la maladie d'Alzheimer, notre patiente est une personne désorientée. Or ces patients ont tendance à vouloir escalader les barrières très souvent.

Atteinte également de légères difficultés motrices, la **POTENCE** de lit, installée à la tête du lit, va l'aider à se relever, à s'asseoir plus facilement et permet également à la malade de pivoter en tirant sur la poignée. Elle dispense une plus grande liberté de mouvement et fait partie des accessoires inclus dans le forfait à l'achat ou à la location.

Faisant l'objet d'une prescription médicale, le lit et ses adjonctions sont pris en charge à la location comme à la vente à 100% car notre patiente souffre d'une ALD.

Après ajout de notre part de la durée de location sur l'ordonnance, la prescription permet de couvrir l'ensemble des besoins car elle comporte en conséquent la mention « location d'un lit médicalisé + barrières + potence + durée de location ».

La patiente ne présente pas d'escarres, mais matelas et coussin sont prescrits ici pour prévenir leur formation due aux fortes pressions prolongées sur le corps alité. Un **MATELAS NOVA FORM** à mémoire de forme, composé d'une partie supérieure en mousse viscoélastique et d'un support en mousse haute résilience, de CLASSE II, pour un score inférieur ou égal à 14 sur l'échelle de Norton a été facturé (la classe n'est pas précisée, mais nous savons par sa fille que la patiente est alitée plus de 15 heures par jour et présente donc un risque moyen à élevé de formation d'escarres).

Les facturations en location du lit et à l'achat du matelas sont identiques à celles du cas 1.

Le matelas est un support de prévention d'escarres pour la patiente couchée. En cas de position assise, le coussin anti-escarres prescrit devra en plus être utilisé. Nous proposons un **COUSSIN KALLI FORM DE CLASSE II**, 40x40x8cm, en mousse viscoélastique à mémoire

de forme qui va réduire les pressions. Le tarif de responsabilité (69€) couvre le coût d'achat du coussin et de deux housses.

Références : BL N° 000019501

20137 PORTO VECCHIO

BL du : 26/02/2020

### FACTURE

Numéro : 002000897      Date : 26/02/2020      N° Client : 233011305566496 / 1      Page : 1

Référence	Désignation	Qty	PU HT	PU TTC	MT TTC	TVA
1544829	CHAISE DE DOUCHE CADIZ H296 PAR2	1,00	49,17	59,00	59,00	20,00
915878	MOUICARE MOBILE 10 GOUTTES (NUIT) T2 M SLIP ABS NUIT 14 PIECES/UV. 3 UV/CARTON	1,00	18,33	22,00	22,00	20,00

Date d'échéance : 26/02/2020  
Règlement par : Carte Bleue

TVA	Montant HT	Montant TVA	Montant TTC
20,00	67,50	13,50	81,00
0,00			
0,00			
0,00			
0,00			
<b>Total</b>	<b>67,50</b>	<b>13,50</b>	<b>81,00</b>

NET A PAYER € **81,00**

Concernant sa toilette, la dépendance est complète. La patiente a perdu toute notion de propreté et se sert notamment du dentifrice en tant que gel lavant ou shampoing. Il faut donc une tierce personne au domicile ainsi que des aides techniques. L'achat d'une **CHAISE DE DOUCHE CADIZ H296** (59€), avec assise en plastique et dossier, a été envisagé par l'entourage pour faciliter la toilette par l'infirmière et garantir un meilleur confort à la patiente lors de ce moment d'intimité et de détente.



Cette personne est continente. En revanche, il lui arrive de **perdre ses repères**, notamment la nuit et ainsi de ne pas arriver à tant aux WC. L'utilisation de couches est ici préconisée par l'entourage.

La fille de la patiente est très inquiète au sujet de la perte d'autonomie de sa mère. Nous lui avons ainsi conseillé d'installer un matelas supplémentaire en bas à côté du lit, pour prévenir toute chute incontrôlée.

La capacité de déambulation de la patiente est satisfaisante. En revanche, des troubles de la coordination et de l'orientation visuospatiale sont présents. Afin d'éviter les chutes liées et de réorienter la patiente dans l'espace, la fille de la patiente fait l'achat d'un **rouleau adhésif luminescent** (7€), notamment pour fléchez au sol ses parcours nocturnes jusqu'aux WC. Ces bandes luminescentes ont également servi à rendre les interrupteurs visibles la nuit, en les collant autour.



La patiente est très désorientée. Pour lui permettre de se repérer plus facilement dans l'espace et dans le temps, nous avons conseillé à sa fille, l'achat de l'horloge 24H (26,50€). Elle permettra à la patiente de visualiser à quel moment de la journée elle est, à l'aide de dessins simples, de coloris étudiés et d'une seule grande aiguille.

## VII. SIMILITUDES/DIFFERENCES ENTRE PARKINSON ET ALZHEIMER EN MAD

Après le diagnostic ou dès que le besoin apparaît, le pharmacien joue un rôle important d'aide aux malades, en proposant des solutions afin de faciliter la vie du patient et de son entourage. Le logement peut parfois être un réel obstacle à l'autonomie et à la sécurité. Il est nécessaire de prodiguer des conseils sur l'adaptation du logement et de l'environnement du patient.

Quel que soit la pathologie dont elle est atteinte, la personne âgée dépendante a également la possibilité d'équiper son logement de matériel adapté pour permettre son maintien à domicile. Aussi, elle peut accéder à du matériel qui favorise son déplacement.

Les conseils donnés différeront selon la pathologie du malade. Pièce par pièce, nous allons analyser les similitudes et différences qui concernent l'aménagement du logement :

- Les portes et fenêtres : il faut vérifier les fermetures.

① *Alzheimer* : *l'errance est un symptôme fréquent.*

- Les couloirs : il faut les **désencombrer** en enlevant les obstacles (meubles, tapis, fils électriques ...) pour faciliter les déplacements. Un **éclairage** suffisant est important afin de diminuer le risque de chute et permettre le repérage dans l'espace (veilleuse au mur, interrupteurs lumineux, bandes lumineuses au sol...).

① *Parkinson* : *des barres d'appuis sur les murs peuvent être installées chez les patients parkinsoniens, plus sujets à des troubles de l'équilibre*

- La salle de bain : il faut sécuriser la pièce car elle présente de nombreuses difficultés. Aussi, rester autonome le plus longtemps possible lors de ce moment d'intimité est fondamental dans le maintien de l'autonomie.

- ✓ Faciliter entrée et sortie de douche/baignoire : installation d'une **poignée** sur le rebord de la baignoire/**barre d'appui** pour la douche, pour les patients les plus autonomes ou d'une planche de transfert en cas de dépendance plus importante
- ✓ Mettre un **tapis antidérapant** pour éviter de glisser

- ✓ Equiper la baignoire d'une **planche de bain** ou la douche d'un **tabouret** avec accoudoirs pour augmenter le confort

① **Parkinson** : *il faut pallier aux difficultés de préhension et à la mobilité réduite en gardant un accès facile aux produits pour la toilette (porte-savon...) et en privilégiant l'utilisation de brosse, brosse à dents et peigne à **longs et larges manches antidérapants**. De plus, le **rasoir électrique** est plus facile à manipuler et permet d'éviter les coupures chez les hommes, en cas de tremblements.*

② **Alzheimer** : *dans de nombreux cas, avec l'évolution de la maladie, le patient **manque d'intérêt, oublie ou refuse de se laver**. Il est important de rappeler au patient le déroulement de ce moment, de le guider, l'encourager pour entretenir sa mémoire des gestes quotidiens.*

*Ses repères doivent être maintenus. La toilette doit se faire avec un minimum d'objets, toujours rangés au même endroit, dans la même pièce, à la même heure, en suivant le même ordre.*

*L'armoire à pharmacie doit être vidée.*

- Les toilettes :

- ✓ Installation d'une **barre d'appui** au mur ou d'un **rehausse-WC**
- ✓ Porte s'ouvrant sur l'extérieur afin d'intervenir en cas de chute

① **Parkinson** : *les troubles urinaires sont omniprésents en fin d'évolution (difficulté à se retenir, fuites urinaires). Les difficultés du parkinsonien à se mouvoir l'empêchent d'arriver à temps aux toilettes. Le cabinet de toilette doit alors être accessible et facile à utiliser, de jour comme de nuit. La **chaise percée** à proximité du lit est adaptée et le **port de protections** peut s'avérer utile. L'**urinal** peut être utilisé si les tremblements ne sont pas trop importants car il existe un risque de renversement des urines.*

② **Alzheimer** : *à cause des troubles de mémoire, certains patients oublient la présence ou l'emplacement des toilettes dans leur maison. Ils s'orientent plus*

facilement vers une chaise garde-robe. Aussi, une **cuvette colorée** peut attirer l'œil.

- La cuisine : éloigner les appareils électroménagers, couteaux...

① **Parkinson** : il est nécessaire de réorganiser la cuisine pour que les ustensiles et appareils utilisés le plus couramment soient à hauteur de confort, entre les épaules et les hanches. A table, une **chaise à accoudoirs** permettra de faciliter le relevé. Les raideurs articulaires et tremblements limitent les mouvements des membres supérieurs et rendent difficile l'alimentation ou la tenue des couverts. Il existe alors : des **assiettes à rebord** pour une prise plus aisée des aliments ; les sets de table anti-dérapants ; les **couverts à manche grossi et antidérapant** facilitant la préhension ; les **verres paille** permettent de boire sans déverser le liquide ailleurs ; verres avec anse pour faciliter la prise. Le **verre à découpe nasale** permet de garder cou et tête droits pour d'éviter les fausses routes, causées par des troubles de la déglutition.

Les repas doivent être pris aux moments de la journée où la mobilité est la meilleure. Pour cela, ils peuvent être fractionnés en **plusieurs prises alimentaires**.

② **Alzheimer** : la cuisine est un lieu très dangereux, à **risque d'incendie**, en particulier car le patient oublie facilement que le gaz est allumé. Une cuisinière électrique avec des plaques protégées est préférable. Aussi, les **produits détergents**, produits **vaisselle** doivent être **enfermés** pour éviter que le malade ne les considère pour de la nourriture. Le malade a tendance à manger sans faim les aliments qu'il trouve. Il faut alors condamner la porte du réfrigérateur lorsqu'il est seul au domicile.

Dans d'autres cas, il arrive qu'il **refuse de s'alimenter** ou qu'il ait progressivement **oublié l'utilisation correcte des couverts ou l'intérêt de se nourrir**. Il faut alors lui rappeler calmement les étapes et manger à heures fixes afin de créer des repères. Une **vaisselle colorée** permet d'améliorer le repérage dans l'espace.

- La chambre : il faut éviter les tapis et obstacles autour du lit afin de faciliter les déplacements. Des draps glissants permettent une mobilisation plus aisée.

① **Parkinson** : le lit médicalisé doit être suffisamment haut pour faciliter le lever. L'idéal étant que le **matelas soit à hauteur du pli des genoux**. Si le lit est trop bas, il sera alors difficile pour le patient de se lever. La mise en place d'une **barre de redressement ou potence** sera essentielle en cas de difficulté pour sortir du lit.

② **Alzheimer** : le lit « Alzheimer » est caractérisé par un **positionnement bas** (20 cm) qui permet au patient de dormir sans barrière afin de ne pas les escalader et d'éviter ainsi les chutes nocturnes.

- L'habillement : vêtements amples, avec un système d'ouverture ou de fermeture adapté (boutons aimantés ou à pression, fermeture éclair ou attaches Velcro seront préférées).

① **Parkinson** : il faut de préférence choisir des vêtements et chaussures faciles à enfiler, adaptés à une diminution des mouvements. A un stade avancé, la MP peut provoquer des déformations au niveau du pied, de type griffes d'orteils. Dans l'intérêt du patient, il est alors préférable de passer à des **chaussures orthopédiques CHUP** (chaussures thérapeutiques à usage prolongé), prises en charge à hauteur de 55.02€ sur prescription médicale. Les chaussures thérapeutiques sont à ouverture large, plus souples, sans couture, avec une semelle antidérapante et flexible. Elles ne compriment pas le pied et maintiennent correctement le talon afin d'éviter les chutes. Un chausse-pied muni d'un long manche peut être proposé. Dans l'armoire, les vêtements ne doivent pas être placés trop en hauteur.

② **Alzheimer** : souvent, la personne malade ne sait plus comment enfiler ses vêtements, en accumulant les vêtements sur elle par exemple ou refuse de se vêtir. Néanmoins, elle doit **s'habiller qu'elle sorte ou non**, afin de réduire le risque de confusion entre le jour et la nuit et lui permettre de se repérer dans le temps.

## VIII. ENQUETE SUR LE MAD

J'ai décidé de réaliser une enquête auprès de patients et de leur entourage. Pour ce faire, j'ai travaillé en collaboration avec plusieurs structures, afin de connaître l'impact du MAD dans la vie quotidienne, les attentes et les besoins des familles. Un questionnaire (Annexe 9) a été élaboré, puis déposé aux familles afin qu'elles puissent y répondre. Il est composé essentiellement de questions simples, ouvertes ou à choix multiples.

### A. Caractéristiques du questionnaire

Ce questionnaire est partagé en quatre parties :

- ① Une *première* partie sur la personne âgée dépendante (questions 1 à 6)
- ② Une *deuxième* partie qui traite du niveau de dépendance et de l'aide humaine apportée à cette personne âgée dépendante dans les différents actes de la vie quotidienne (questions 7 à 10)
- ③ Une *troisième* partie qui énumère les différentes aides techniques utilisées chez la personne âgée dépendante (question 11)
- ④ Une *quatrième* partie, indispensable pour notre analyse, consacrée à l'évaluation, l'optimisation ainsi que les limites du maintien à domicile selon les aidants (questions 12 à 17)

L'idée de départ était de questionner les aidants familiaux de personnes âgées dépendantes atteintes de Parkinson ou Alzheimer, vivant à domicile. De nombreux envois ont été effectués grâce à différents modes de diffusion : sollicitations directes, téléphoniques ou par mail, notamment auprès des associations France Alzheimer et France Parkinson, associations d'aide aux aidants, accueil de jour de patients atteints de maladies neuro-dégénératives ainsi que prestataires en MAD.

Au total, sur l'ensemble des envois, **74 questionnaires** nous ont été retournés. Parmi ces questionnaires 60% des personnes âgées sont atteintes de la maladie d'Alzheimer, contre 40% atteintes de la maladie de Parkinson.

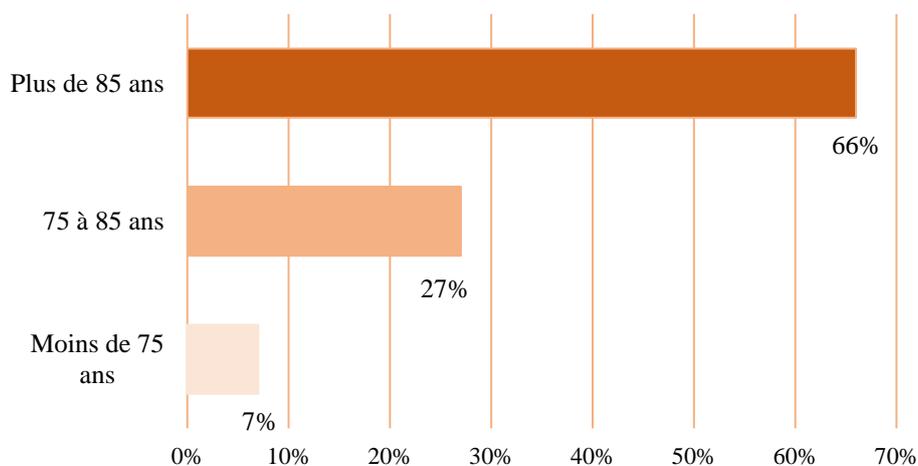
## B. Résultats et analyse

### 1. Les personnes âgées dépendantes aidées

L'âge moyen des personnes âgées dépendantes est de **87 ans**. Dans notre enquête **93%** des personnes âgées dépendantes ont **75 ans et plus**. Les trois quarts sont en situation de **veuvage**. Les 25% restants ne vivent pas seuls mais en compagnie de leurs conjoints.

Le graphique N°1 présente l'âge des personnes âgées dépendantes aidées.

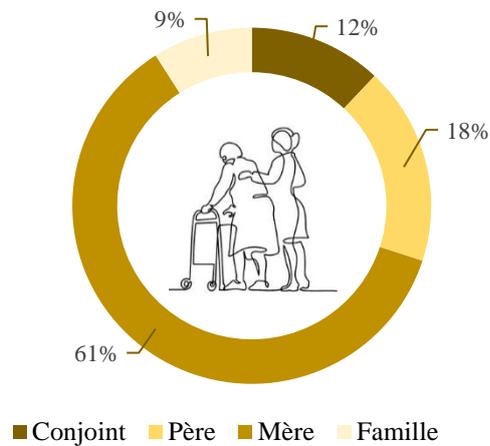
Graphique 1 : Age des personnes âgées aidées



La personne aidée est pour la majorité, **la mère de l'aidant (61%)**. La totalité des aidants qui ont répondu à notre questionnaire fait partie de la famille de la personne âgée dépendante. L'aidant familial est la personne qui vient en aide à une personne âgée dépendante de son entourage, pour les principales activités de la vie quotidienne. Il s'occupe en particulier de son ascendant direct. Les malades ne sont alors pas généralement pas isolées géographiquement de leur famille.

Le graphique N°2 présente la relation entre les personnes âgées et les aidants intervenants.

**Graphique 2 : La personne dépendante pour l'aidant**



## 2. Niveau de dépendance et aide aux actes de la vie quotidienne

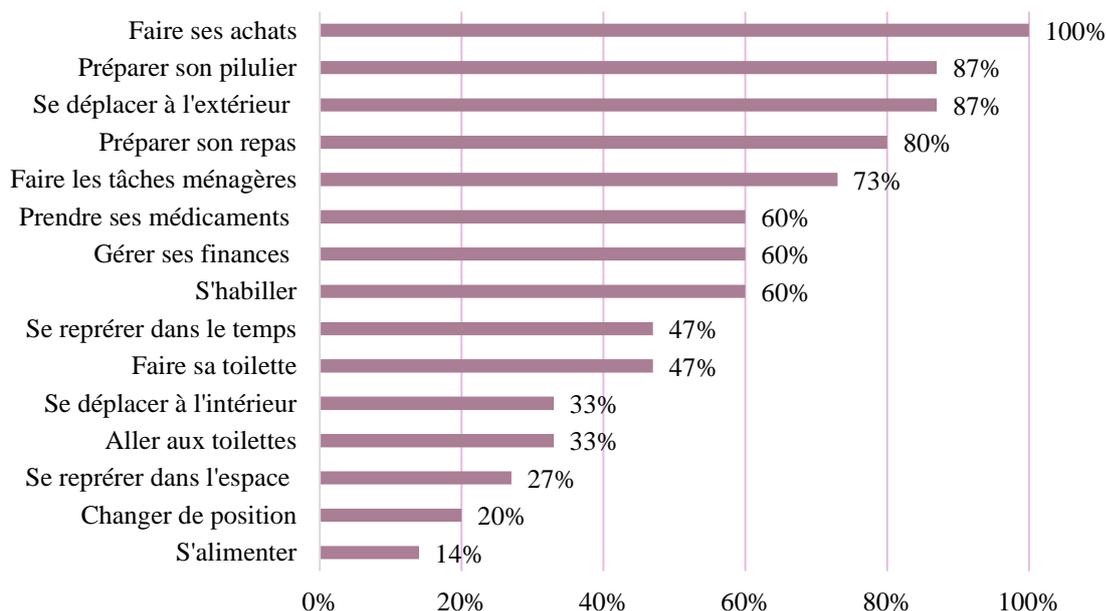
Parmi les personnes âgées dépendantes, **24%** d'entre elles sont en **GIR 2** (niveau de dépendance élevée) contre **13%** en **GIR 3** et **13%** en **GIR 4**. Aucun patient n'a été classé GIR 1 dans notre échantillon. Ce résultat s'explique par le fait qu'à ce stade, la majorité des patients se trouvent en établissement spécialisé, suite à un niveau de dépendance trop important.

Dans notre étude, les personnes âgées dépendantes nécessitent de l'aide pour les actes suivants:

- Se repérer dans le temps ou l'espace
- Se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile,
- Faire sa toilette,
- S'habiller,
- Aller aux toilettes,
- Changer de position,
- Préparer son repas,
- S'alimenter,
- Effectuer les tâches ménagères,
- Faire ses achats,
- Gérer ses finances,
- Préparer son pilulier,
- Prendre ses médicaments convenablement.

Le graphique N°3 présente le classement de ces différents actes de la vie courante par ordre de grandeur.

### Graphique 3 : Actes que la personne âgée n'est plus capable de faire seule



La totalité des personnes âgées dépendantes aidées ne peuvent plus faire leurs achats sans l'aide d'une tierce personne. Or, ne plus pouvoir faire ses achats, son repas, son pilulier, les travaux ménagers ou encore se déplacer à l'extérieur de son domicile seul, marquent une perte d'autonomie importante.

Cette perte d'autonomie s'accroît lorsque s'alimenter devient compliqué. Dans notre enquête, 86% des personnes aidées sont toujours en capacité de s'alimenter seules. Une dépendance claire apparaît également lorsque faire sa toilette, se déplacer à l'intérieur du domicile, changer de position ou encore se repérer dans l'espace, ne sont plus réalisables sans un aidant.

Qu'ils soient de la famille du malade ou professionnels, des aidants sont amenés à intervenir pour aider la personne dépendante à effectuer une ou plusieurs des tâches de la vie quotidienne citées. Dans 5% des cas, seuls des aidants familiaux interviennent. Pour les **95%** restants, il existe une **articulation entre aide familiale et professionnelle** (service d'aide à domicile, infirmier, orthophoniste, médecin, kinésithérapeute...). Dans **73%** des cas, l'aidant intervient au domicile, auprès de la personne âgée dépendante, **une ou plusieurs fois par jour**.

Les différents aidants professionnels sont : les **infirmiers chez 75% des personnes aidées**, les aides ménagers chez 64%, les sociétés de portage de repas chez 39%, le kinésithérapeute chez 27%, le médecin chez 20%, et enfin l'orthophoniste chez 7%.

La prise en charge en MAD est ainsi globale et basée sur la collaboration entre l'entourage et les différents intervenants pour permettre le maintien de l'autonomie. La répartition des différents actes entre aidant familial et aidant professionnel est un élément important du MAD.

En effet, l'aide à la toilette, les soins médicaux, l'habillage et les tâches ménagères courantes sont principalement réalisés par un intervenant professionnel. Concernant la gestion des finances, elle est souvent assurée par le conjoint de la personne dépendante ou par un descendant direct de celle-ci. Il en est de même en ce qui concerne les achats, dans les cas où le malade n'a pas accès au portage de repas.

Aucune société de matériel médical n'a été citée dans le personnel professionnel intervenant au domicile.

### 3. Différents équipements au domicile

L'analyse sur les équipements utilisés chez les personnes dépendantes rapporte que :

- La chambre est aménagée dans 70% des cas afin de garantir l'autonomie, le confort ainsi que la sécurité des patients. Par ordre d'importance, le lit médicalisé accompagné de barrières et de matériel anti-escarre est le plus souvent cité chez 58% des patients, avant le fauteuil de repos chez 28% et les barres d'appui fixées au mur chez 14% seulement.
- Les transferts et la mobilité sont altérés chez la totalité des patients atteints de Parkinson dans notre enquête. Pour 6% des patients, vivant dorénavant couchés, la mobilité ainsi que les transferts sont jugés comme impossible par les aidants. L'aide est moindre ou la plupart du temps refusée chez le patient atteint d'Alzheimer. Par ordre d'importance, la canne est le matériel le plus souvent utilisé (47%), devant le déambulateur (35%), fauteuil roulant (21%), et enfin soulève malade (7%). Les services de téléalarme ont également été cités en cas de chute.
- Généralement, toilettes et salle de bain semblent être les pièces les plus aménagées du domicile (78%). Ce pourcentage peut s'expliquer car l'hygiène est probablement le domaine où la personne fragile ressent le plus le besoin d'accompagnement dans la

dépendance. Effectivement, rester autonome le plus longtemps possible est fondamental lors de ce moment d'intimité. Concernant les 6% de patients, pour lesquels la mobilité n'est pas possible, la toilette est effectuée au lit. A l'inverse, parmi le pourcentage de patients restant, siège de douche et barres d'appui dans la salle de bain sont utilisés dans 62% des cas, barres d'appui dans les toilettes dans 40%, tapis antidérapant dans 21%, couches ou protection dans 14% et sonde urinaire dans 6%.

- La majorité des patients (80%) ne préparent plus leur repas. Ils font appel à des services de portage de repas ou à l'entourage pour la cuisine. Néanmoins, leur autonomie concernant la prise de repas semble conservée. L'utilisation de couverts et assiette spécifiques est surtout citée chez les patients parkinsoniens. Concernant la maladie d'Alzheimer, certains aidants ont informé du remplacement de la gazinière par une cuisinière électrique, moins dangereuse.
- L'habillage nécessite une aide dans 40% des cas. Aucune aide technique n'a été référencée par les aidants.

Les gestes courants de la vie quotidienne deviennent difficiles à réaliser chez un patient parkinsonien, à cause des problèmes de tremblements, de coordination des mouvements et l'akinésie. Ainsi, l'objectif des aménagements sera, entre autres, de **pallier à la perte des fonctions motrices** de la personne âgée, notamment afin de lui faciliter ses transferts, son équilibre, ses fonctions de préhension. En général, les troubles cognitifs sont liés à l'évolution de la maladie.

A l'inverse, les fonctions motrices sont perturbées plus tard dans l'évolution de la maladie d'Alzheimer. Les risques de fugues et d'accidents nécessitent une vigilance indispensable. Le logement doit être avant tout aménagé progressivement selon la **perte des fonctions cognitives** du patient.

**En conséquence, d'après notre enquête, l'aménagement du domicile d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer semble plus rare que chez un patient atteint de la maladie de Parkinson. D'autant plus que le patient atteint de la maladie d'Alzheimer refuse souvent la mise en place d'équipements à son domicile, à la vue des réponses.**

#### 4. Evaluation du MAD

Compte-tenu des situations des personnes dépendantes, la prise en compte des besoins de la personne, la qualité d'intervention, ainsi que la garantie de leur confort et sécurité ont été jugées satisfaisantes pour l'ensemble des aidants qui ont répondu au questionnaire. La **préservation de l'autonomie** du patient apparait quant à elle, comme **insuffisante**, voire **parfois impossible**, notamment lors de troubles cognitifs importants.

Les aidants sont satisfaits de l'aide technique apportée au domicile. Les motifs d'insatisfaction dans la prise en charge actuelle de la personne dépendante concernent l'aide humaine.

Les aidants familiaux souhaiteraient que la fréquence ainsi que les horaires d'intervention des professionnels au domicile soient plus souples. Les horaires de portage de repas, trop matinaux ou trop tardifs, ont notamment été cités à de nombreuses reprises. L'organisation de certains services est ainsi à discuter. Quant aux intervenants, ils ne sont pas considérés comme assez proches du malade. Ceci s'explique du fait du changement fréquent de personnel, déstabilisant d'autant plus les personnes dépendantes. Le changement d'employés est le motif d'insatisfaction le plus cité par les aidants familiaux. Ainsi, le bien être psychologique des personnes âgées dépendantes ne semble pas suffisamment pris en compte selon les aidants.

Le coût élevé des interventions des aidants professionnels apparait aussi comme un frein à un maintien au domicile satisfaisant.

Beaucoup d'aidants ont également exprimé les difficultés engendrées sur leur qualité de vie, par ces interventions fréquentes au domicile.

Les mesures importantes à mettre en place du point de vue des aidants, en particulier d'ordre moral, afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes et d'optimiser le MAD sont :

- ✓ Désigner une **référente professionnelle afin de réévaluer** régulièrement la situation, les besoins afin de répondre aux différentes attentes du patient et de son entourage.
- ✓ Permettre en plus des commodités techniques installées, aux patients de s'aérer plus régulièrement, de participer à des activités physiques ou intellectuelles, afin de ne pas être isolés du monde extérieur.
- ✓ Valoriser le travail des équipes professionnelles afin d'éviter un manque de motivation ainsi que de contact avec les patients lors de leurs interventions.

Les **trois quarts** des aidants familiaux estiment néanmoins que le MAD, s'il est bien encadré, est **favorable d'un point de vue technique et humain**.

50% des aidants familiaux estiment avoir eu suffisamment d'informations et de conseils à propos du MAD contre l'autre moitié qui juge importante la mise en place d'informations pour la famille sur les possibilités techniques et financières de MAD. Nous pensons que **les aidants manquent d'information par rapport aux matériels d'aide dont ils peuvent bénéficier**, d'autant plus que la prise en charge est entièrement personnalisée, que les besoins ainsi que les solutions apportées à une personne souffrant de Parkinson (troubles moteurs) est différente de celle pour une personne souffrant de maladie d'Alzheimer (troubles cognitifs).

La quatrième et dernière partie du questionnaire nous permet également de connaître les décisions des aidants en ce qui concerne le placement en établissement spécialisé. Ils souhaitent en majorité que les personnes âgées dépendantes soient prises en charge chez elles, de manière adaptée. Ils sont **défavorables au placement en établissements** et ont tendance à **privilégier le MAD malgré une dépendance de la personne âgée qui s'aggrave**.

L'institutionnalisation des personnes âgées dépendantes semble être le dernier recours. Certaines familles s'y opposent catégoriquement et souhaitent un MAD jusqu'à la fin de vie du malade. Pour d'autres, un placement en établissement spécialisé serait envisageable à la vue de la situation se dégradant au domicile. Dans la mesure où malgré les aides mises en place, la personne âgée dépendante **ne peut plus se déplacer seule ou tombe régulièrement**, il ne semble alors pas possible selon l'aidant de préserver son autonomie au domicile. Il s'agit de la principale raison de placement en établissement relevée parmi les réponses à la dernière question. Dans les cas de **désorientation importante**, lorsque le malade **ne peut plus rester seul sans se mettre en danger**, lorsqu'il devient **trop violent, agressif** envers les aidants alors impuissants ou encore lorsque le malade **ne s'alimente plus correctement** chez lui, l'institutionnalisation est préférée par les aidants familiaux. Le MAD de la personne âgée semble être un réel défi par sa fragilité due à des troubles moteurs ou cognitifs ou à des risques de précarité sociale et financière.

## IX. LES LIMITES DU MAD

La majorité des personnes âgées souhaitent finir leur vie chez elles, malgré les difficultés progressives qu'elles peuvent rencontrer pour faire face aux activités du quotidien. Le MAD d'une personne âgée en perte d'autonomie reste la solution privilégiée pour 85% des aidants ayant répondu à notre questionnaire. Il présente l'avantage de pouvoir vivre chez soi, de ne pas provoquer de changements de cadre de vie pour la personne âgée dépendante. Elle conserve ainsi son environnement, ses repères, ses connaissances et ses habitudes. Son équilibre n'est alors pas perturbé. L'accompagnement de la personne âgée dépendante est personnalisé et favorise son autonomie.

Toutefois, le maintien à domicile présente des inconvénients et des limites à prendre en compte. En effet, la dernière partie du questionnaire nous a permis de relever quelques situations peuvent être un frein au MAD :

- ✓ La **dégradation de l'état de santé** de la personne concernée : le MAD peut pallier aux difficultés physiques, plus qu'aux troubles mentaux qui évoluent de façon croissante au cours de l'évolution des maladies neuro dégénératives.
- ✓ **L'insécurité** si la personne vit seule : les personnes âgées s'exposent plus aux dangers et peuvent notamment être confrontées comme nous l'avons vu ;
  - Dans le cas de *Parkinson*, au risque de chute.
  - Dans le cas *d'Alzheimer*, au risque de brûlure (en oubliant d'éteindre les plaques de cuisson par exemple), risque d'ingérer des aliments non comestibles (liquide vaisselle, lessive), risque d'errance de jour comme de nuit sans pouvoir retrouver sa route.
- ✓ **L'épuisement de l'aidant familial** lorsque la charge d'un proche dépendant devient trop lourde à porter. La gestion de la vie quotidienne d'une personne âgée en perte d'autonomie implique beaucoup d'investissement des aidants familiaux. En effet, disponibilité des proches, surveillance et des visites régulières sont indispensables. Poursuivre le MAD, peut devenir une source d'angoisse, inquiétude, stress ou encore fatigue pour certains aidants.
- ✓ **Dépendance trop importante** : quand la personne a besoin d'une présence continue que ce soit pour des soins ou pour une surveillance 24 heures sur 24.

- ✓ **Logement peu adaptable.**
- ✓ Le **coût financier** : malgré les aides financières existantes, le coût du MAD (travaux d'aménagement, heures d'aide à la personne à payer, matériel médical pas toujours entièrement remboursé) ne reste pas négligeable.

La dépendance trop importante, l'insécurité ainsi que coût financier, non anodin, sont les raisons les plus citées dans nos questionnaires, visant à envisager un placement en établissement spécialisé.

La plupart des aidants envisagent en premier lieu le MAD pour repousser l'entrée en institution. D'autres familles participant à l'étude s'opposent catégoriquement au placement en établissement spécialisé et envisagent un maintien au domicile de la personne âgée dépendante jusqu'à sa fin de vie. Pour elles, il est alors compliqué de reconnaître les limites du MAD, sans le vivre comme une situation d'échec. Toutefois, dans certaines situations, malgré l'investissement et les aides dispensées, le MAD n'est plus adapté. Envisager une entrée en établissement s'impose alors.

Un placement en institution présente plusieurs avantages :

- Bénéficier d'un environnement qui assure une aide 24 heures sur 24
- Vivre dans un cadre protégé avec sécurité garantie
- Suivi médical quotidien
- Accès à une meilleure hygiène et une restauration plus équilibrée et variée
- Sociabilisation : éviter la solitude grâce à la vie collective, aux animations, ateliers, loisirs

Or, l'inconvénient principal du départ en institution reste le changement du cadre de vie. MAD ou placement en institution, quelle que soit la solution retenue, elle doit se prendre en fonction des besoins de la personne malade (besoin de sécurité, de sociabilité, de soins du quotidien ...) et il est très important de laisser le choix à la personne âgée selon de ses envies et ses capacités.

## X. LE ROLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE

Le pharmacien d'officine intervient dans l'aménagement du cadre de vie dès le moment où les gestes du quotidien du malade deviennent compliqués. Il se doit de répondre aux inquiétudes de ses patients et d'optimiser leur confort et leur sécurité.

Il doit participer à la prise en charge de ses patients aussi bien sur le plan médical que sur le plan de l'appareillage médical. Il joue alors un rôle prépondérant dans le secteur du MAD, autant dans l'acquisition du matériel que dans les conseils associés, tout en prenant en compte l'état de santé des patients et leur environnement. Il est indispensable pour le pharmacien d'évaluer la fragilité de ses patients pour favoriser le MAD et préserver leur autonomie.

En tant que pharmacien d'officine, nous devons connaître le matériel et les aides existantes, les conditions de prescription à l'achat ou à la location, recenser les besoins du patient et distinguer ce qui est remboursé ou non.

La proximité du pharmacien lui permet d'être présent en prévention, dans l'accompagnement ainsi que dans le suivi régulier du patient. Pour permettre cela, l'idéal est de se rendre au domicile du malade afin d'observer l'environnement des pièces de vie dans le but de déterminer le matériel le plus adapté ainsi que d'effectuer les réglages lors de la livraison à domicile et de s'assurer du bon fonctionnement de ce dernier. Les modifications de l'aménagement doivent se faire progressivement, être simples en évitant tous nouveaux obstacles au déplacement et doivent permettre à ce que les malades se sentent en sécurité chez eux.

Le pharmacien d'officine est en lien étroit autant avec les patients dépendants qu'avec le prestataire et doit faire face aux demandes d'installation, de réparation, d'entretien et de reprise.

Outre cela, le pharmacien doit également accompagner ses patients sur le plan humain et les éduquer en leur fournissant des conseils associés à leur état de santé, de dépendance, au matériel dispensé...

Nous avons également pour mission d'encourager les patients atteints de Parkinson ou Alzheimer et leurs familles à prendre contact avec des associations de soutien moral telles que « France Parkinson » ou « France Alzheimer ».

## XI. CONCLUSION

Avec l'allongement de l'espérance de vie, le nombre de personnes âgées ne cesse d'augmenter et celles-ci veulent rester chez elles le plus longtemps possible pour y finir leur vie. L'aménagement de leur lieu d'habitation pour simplifier la vie au quotidien est alors indispensable. La prise charge est spécifique selon la pathologie du patient avec un type de matériel et des solutions adaptées. Les équipements choisis dépendent alors, de l'environnement du patient ainsi que de ses idéologies. En revanche, dans certaines situations, leur état de santé leur impose des limites et le MAD sera dès lors, impossible à mettre en œuvre.

Le MAD s'inscrit dans un objectif d'amélioration des conditions de vie des malades et des personnes âgées dépendantes et permet également de limiter les dépenses de santé. C'est le rôle du pharmacien d'officine de mettre en place tous les moyens pour un MAD de qualité, en assurant un service rapide et de proximité. L'officine est le principal canal de prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

Le pharmacien d'officine a tout intérêt à développer le marché du maintien à domicile, lui qui est dynamique et systématiquement en croissance, et d'en informer les patients car la majorité des patients ignore qu'il est possible de se faire délivrer du matériel médical dans leur officine.

Le marché du MAD à l'officine est en croissance. Aussi, le MAD est indispensable pour répondre aux besoins des patients et de leur entourage. J'ai alors pu constater que la prise en charge en MAD était très intéressante dans de nombreuses situations et permettait considérablement d'améliorer la sécurité et la qualité de vie de patients qui en étaient reconnaissants, de même que leur entourage. En tant que pharmacien, nous devons particulièrement nous assurer de l'efficacité du matériel fourni et du confort des patients.

J'ai choisi d'être pharmacien et d'accompagner les patients aussi bien dans le traitement de leur maladie que dans leur bien-être mental à leur domicile. Le secteur du MAD m'a appris à être encore plus présente pour la santé des patients d'autant plus qu'il implique une certaine proximité nécessaire et profonde que ce soit avec le patient, son entourage personnel ou médical, ce qui a l'avantage de nous rappeler l'âme humaine de ce métier.

## Annexe 1. ECHELLE UPDRS<sup>105</sup>

<p><b>I) Etat mental, comportemental, thymique</b></p> <p>1. affaiblissement intellectuel      0    1    2    3    4</p> <p>2. troubles de la pensée            0    1    2    3    4</p> <p>3. dépression                            0    1    2    3    4</p> <p>4. motivation-initiative            0    1    2    3    4</p> <p><b>II) activités dans la vie quotidienne</b></p> <p>5. parole                                    0    1    2    3    4</p> <p>6. salivation                                0    1    2    3    4</p> <p>7. déglutition                              0    1    2    3    4</p> <p>8. écriture                                  0    1    2    3    4</p> <p>9. s'alimenter                              0    1    2    3    4</p> <p>10. habillage                                0    1    2    3    4</p> <p>11. hygiène                                 0    1    2    3    4</p> <p>12. se retourner dans le lit            0    1    2    3    4</p> <p>13. chutes non liées au piétinement 0    1    2    3    4</p> <p>14. piétinement                              0    1    2    3    4</p> <p>15. marche                                  0    1    2    3    4</p> <p>16. tremblement                          0    1    2    3    4</p> <p>17. douleurs                                0    1    2    3    4</p> <p><b>III) examen moteur</b></p> <p>18. parole                                    0    1    2    3    4</p> <p>19. expression faciale                  0    1    2    3    4</p> <p>20. tremblement de repos              0    1    2    3    4</p> <p>21. tremblement d'action               0    1    2    3    4</p> <p>22. rigidité                                  0    1    2    3    4</p> <p>23. tapotement des doigts              0    1    2    3    4</p> <p>24. mouvements des mains            0    1    2    3    4</p> <p>25. mouvements alternatifs           0    1    2    3    4</p> <p>26. agilité de la jambe                  0    1    2    3    4</p> <p>27. se lever d'une chaise               0    1    2    3    4</p> <p>28. posture                                  0    1    2    3    4</p> <p>29. stabilité posturale                   0    1    2    3    4</p> <p>30. démarche                                0    1    2    3    4</p> <p>31. bradykinésie                          0    1    2    3    4</p>	<p><b>IV) Complications du traitement</b></p> <p><b>A - DYSKINESIES</b></p> <p>32. durée                                    0    1    2    3    4</p> <p>33. incapacité                              0    1    2    3    4</p> <p>34. dyskinésies douloureuses        0    1    2    3    4</p> <p>35. dyskinésies matinale précoce    oui = 1    non = 2</p> <p><b>B – FLUCTUATIONS CLINIQUES</b></p> <p>36. périodes off prédictives        oui = 1    non = 2</p> <p>37. périodes off non prédictives    oui = 1    non = 2</p> <p>38. périodes off brutales              oui = 1    non = 2</p> <p>39. proportion de off                  0    1    2    3    4</p> <p><b>C – AUTRES COMPLICATIONS</b></p> <p>40. anorexie, nausées, vomissements    oui = 1    non = 2</p> <p>41. insomnies, somnolence            oui = 1    non = 2</p> <p>42. hypotension orthostatique        oui = 1    non = 2</p> <p><b>Stades de HOEHN et YAHR</b></p> <p>Stades : 0 – 1 – 1,5 – 2 – 2,5 – 3 – 4 – 5</p> <p><b>AVQ – SCHWAB et ENGLAND</b></p> <p>100% - totalement indépendant</p> <p>90% - indépendant mais plus lent</p> <p>80% - indépendant conscient de sa lenteur</p> <p>70% - pas tout à fait indépendant (3 à 4 fois + lent)</p> <p>60% - partiellement dépendant</p> <p>50% - aidé dans 50% des activités</p> <p>40 % - très dépendant</p> <p>30% - peu d'activités effectuées seul</p> <p>20% - ne fait rien seul – aidé légèrement</p> <p>10 % - alité – totalement dépendant</p> <p>0 % : alité – troubles végétatifs</p>
---	---

<sup>105</sup> Updrs maladie de parkinson. (2017, 10 avril). <http://www.maladiede.com/updrs-maladie-de-parkinson/> (vu le 10/04/2021)

## Annexe 2. MINI MENTAL STATE EXAMINATION <sup>106</sup>

<b>MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)</b> Date : ..... Évalué(e) par : ..... Niveau socio-culturel .....	Etiquette du patient
--	----------------------

### ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? .....

→ Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- |                                  |       |  |  |  |                              |       |
|----------------------------------|-------|--|--|--|------------------------------|-------|
| 1. en quelle année sommes-nous ? | (OUI) |  |  |  | 4. Quel jour du mois ?       | (OUI) |
| 2. en quelle saison ?            |       |  |  |  | 5. Quel jour de la semaine ? |       |
| 3. en quel mois ?                |       |  |  |  |                              |       |
- Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.
- |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
| 6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?                       |  |  |  |  |  |  |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?                                  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? |  |  |  |  |  |  |
| 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ?           |  |  |  |  |  |  |
| 10. A quel étage sommes-nous ici ?                                     |  |  |  |  |  |  |

### APPRENTISSAGE

→ Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.

- |            |    |         |    |           |  |  |
|------------|----|---------|----|-----------|--|--|
| 11. Cigare |    | (citron |    | (fauteuil |  |  |
| 12. fleur  | ou | (clé    | ou | (tulipe   |  |  |
| 13. porte  |    | (ballon |    | (canard   |  |  |

Répéter les 3 mots.

### ATTENTION ET CALCUL

- Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?
- |        |  |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|
| 14. 93 |  |  |  |  |  |
| 15. 86 |  |  |  |  |  |
| 16. 79 |  |  |  |  |  |
| 17. 72 |  |  |  |  |  |
| 18. 65 |  |  |  |  |  |

→ Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

### RAPPEL

→ Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- |            |    |         |    |           |  |  |
|------------|----|---------|----|-----------|--|--|
| 19. Cigare |    | (citron |    | (fauteuil |  |  |
| 20. fleur  | ou | (clé    | ou | (tulipe   |  |  |
| 21. porte  |    | (ballon |    | (canard   |  |  |

### LANGAGE

- |  |                    |  |  |  |  |  |
|--|--------------------|--|--|--|--|--|
| 22. quel est le nom de cet objet?  | Montrer un crayon. |  |  |  |  |  |
| 23. Quel est le nom de cet objet   | Montrer une montre |  |  |  |  |  |
| 24. Écoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » |                    |  |  |  |  |  |

→ Poser une feuille de papier sur le bureau, le montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » [consignes à formuler en une seule fois] :

- |   |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| 25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. |  |  |  |  |  |  |
| 26. Pliez-la en deux.                                   |  |  |  |  |  |  |
| 27. et jetez-la par terre ».                            |  |  |  |  |  |  |

→ Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

- |   |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| 28. « faites ce qui est écrit ».  |  |  |  |  |  |  |
| 29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » |  |  |  |  |  |  |

### PRAXES CONSTRUCTIVES.

→ Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

- |   |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |



**SCORE TOTAL (0 à 30)**      |

<sup>106</sup> Yumpu.com. (2013). mini-mental-state-examination-mmse-sgcafr.

<https://www.yumpu.com/fr/document/view/17525609/mini-mental-state-examination-mmse-sgcafr> (vu le 08/05/2021)

### Annexe 3. Items des activités de la vie quotidienne (ADL) <sup>107</sup>

<b>1. Hygiène corporelle</b>	
Indépendance	1
Aide partielle	0,5
Dépendance	0
<b>2. Habillage</b>	
Indépendance pour le choix des vêtements et l'habillage	1
Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage, mais a besoin d'aide pour se chausser	0,5
Dépendant	0
<b>3. Aller aux toilettes</b>	
Indépendance pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1
Besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller aux toilettes	0,5
Ne peut aller aux toilettes seul	0
<b>4. Transfert</b>	
Indépendance	1
A besoin d'aide	0,5
Grabataire	0
<b>5. Continence</b>	
Continent	1
Incontinence urinaire ou fécale occasionnelle	0,5
Incontinence urinaire ou fécale	0
<b>6. Repas</b>	
Mange seul	1
Aide pour couper la viande ou peler les fruits	0,5
Dépendant	0
<b>Total des points</b>	

Meilleur score = 6. Score < 3 = dépendance majeure ;  
score = 0 : dépendance totale pour toutes ces activités.  
Source : Katz S, et al. *Progress in the development of the index of ADL.*  
*Gerontologist.* 1970; 10 : 20-30.

<sup>107</sup> Chassagne P. (2019). Gériatrie. Elsevier Connect. <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine-generale/geriatrie> (vu le 08/05/2021)

## Annexe 4. Items des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) <sup>108</sup>

	Score
<b>I. Activités courantes</b>	
<b>1. Aptitude à utiliser le téléphone</b>	
Se sert normalement du téléphone	1
Compose quelques numéros très connus	1
Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	1
N'utilise pas du tout le téléphone spontanément	0
Incapable d'utiliser le téléphone	0
<b>2. Courses</b>	
Fait des courses normalement	1
Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats : trois au moins)	0
Doit être accompagné pour faire des courses	0
Complètement incapable de faire des courses	0
<b>3. Préparation des aliments</b>	
Non applicable : n'a jamais préparé des repas	
Prévoit, prépare et sert normalement les repas	1
Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	0
Réchauffe et sert des repas préparés ou prépare des repas mais de façon plus ou moins adéquate	0
Il est nécessaire de lui préparer des repas et de les lui servir	0
<b>4. Entretien ménager</b>	
Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères	
Entretient sa maison seul ou avec une aide occasionnelle	1
Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que : laver la vaisselle, faire les lits	1
A besoin d'aide pour les travaux d'entretien ménagers	1
Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit	0
<b>5. Blanchisserie</b>	
Non applicable : n'a jamais eu d'activités ménagères	
Effectue totalement sa blanchisserie personnelle	1
Lave les petits articles, rince les chaussettes, les bas, etc.	1
Toute la blanchisserie doit être faite par d'autres	0
<b>6. Moyens de transport</b>	
Utilise les transports publics de façon indépendante ou conduit sa propre voiture	1
Organise ses déplacements en taxi, mais autrement n'utilise aucun transport public	1
Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un ou accompagné	1
Déplacement limité, en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un	0
<b>7. Responsable à l'égard de son traitement</b>	
Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)	1
Est responsable de ses médicaments si des doses séparées lui sont préparées à l'avance	0
Est incapable de prendre seul ses médicaments même s'ils lui sont préparés à l'avance en doses séparées	0
<b>8. Aptitude à manipuler l'argent</b>	
Non applicable : n'a jamais manipulé l'argent	
Gère ses finances de façon autonome (rédaction de chèques, budget, loyer, factures, opérations à la banque), recueille et ordonne ses revenus	1
Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque, les achats importants	1
Incapable de manipuler l'argent	0
<b>Total des points « Activités courantes »</b>	<b>.../8</b>

<sup>108</sup> Chassagne P. (2019). Gériatrie. Elsevier Connect. <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine-generale/geriatrie> (vu le 08/05/2021)

<b>II. Entretien quotidien</b>	
<b>1. Propreté</b>	
Se débrouille seul aux toilettes, pas d'incontinence	1
On doit rappeler au patient qu'il doit aller aux toilettes, ou il a besoin d'aide, ou il a quelques accidents (au plus une fois par semaine)	0
Se souille en dormant plus d'une fois par semaine	0
Se souille éveillé plus d'une fois par semaine	0
Aucun contrôle sphinctérien	0
<b>2. Alimentation</b>	
Mange sans aide	1
Mange avec aide mineure aux heures de repas et/ou avec une préparation spéciale de la nourriture ou une aide pour se nettoyer après les repas	0
S'alimente seul avec une aide modérée et est « négligé »	0
Nécessite une aide importante pour les repas	0
Ne s'alimente pas seul du tout et résiste aux efforts des autres pour s'alimenter	0
<b>3. Habillage</b>	
S'habille, se débrouille et sélectionne ses vêtements de sa propre garde-robe	1
S'habille, se déshabille seul si les vêtements sont présélectionnés	0
A besoin d'une aide pour s'habiller même lorsque les vêtements sont présélectionnés	0
A besoin d'une aide importante pour s'habiller mais coopère à l'habillage	0
Complètement incapable de s'habiller seul et/ou résiste à l'aide des autres	0
<b>4. Soins personnels (propreté, cheveux, ongles, mains, visage, vêtements)</b>	
Toujours proprement vêtu, bien tenu sans aide	1
Prend soin de lui de façon appropriée, avec une aide mineure occasionnellement (p. ex. pour se raser)	0
Nécessite une aide modérée et régulière ou une supervision	0
Nécessite une aide totale mais peut rester bien net après l'aide de l'entourage	0
Refuse toute aide de l'entourage pour rester net	0
<b>5. Déplacements</b>	
Se déplace dans les étages ou en ville	1
Se déplace dans le quartier, dans les environs proches	0
Se déplace avec l'aide de quelqu'un ou utilise une aide (clôture, rampe), une canne, un fauteuil roulant	0
S'assoit sur un siège ou dans un fauteuil roulant, ne peut se mouvoir seul, sans aide	0
Alité la plupart du temps	0
<b>6. Bains</b>	
Se lave seul (baignoire, douche, etc.) sans aide	1
Se lave seul avec une aide pour entrer dans la baignoire ou pour en sortir	0
Se lave le visage et les mains facilement mais ne peut se laver le reste du corps	0
Ne se lave pas seul mais coopère lorsqu'on le lave	0
N'essaie pas de se laver seul et/ou résiste à l'aide de l'entourage	0
<b>Total des points « Entretien quotidien »</b>	<b>.../6</b>
<b>Total IADL = points « Activités courantes » + « Entretien quotidien »</b>	<b>.../14</b>

Source : Lawton M, Brody EM. Assessment of older people : self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. Gerontologist. 1969; 9 : 179-86.

## Annexe 5. Grille nationale AGGIR<sup>109</sup>

### GRILLE NATIONALE AGGIR



#### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro d'immatriculation :

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal :  Commune : \_\_\_\_\_

#### SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE	
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut
	Bas
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut
	Moyen
	Bas
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir
	Manger
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire
	Fécale
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir	
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...	
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...	
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE	
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport	
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance	
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin	
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps	

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement  
 B : fait partiellement, non habituellement, non correctement  
 C : ne fait pas.

A ....., le .....

Signature et cachet du praticien

<sup>109</sup> Previsissima. (2020, 5 avril). Grille nationale AGGIR (cerfa n°11510\*01).  
<https://www.previsissima.fr/telechargement/grille-nationale-aggir-cerfa-n1151001.html> (vu le 23/05/2021)

## Annexe 6. Echelle de Norton <sup>110</sup>

CONDITION PHYSIQUE		ETAT MENTAL		ACTIVITE		MOBILITE		INCONTINENCE		SCORE TOTAL
BONNE	4	BON, ALERTE	4	AMBULATOIRE	4	TOTALE	4	AUCUNE	4	
MOYENNE	3	APATHIQUE	3	MARCHE AVEC UNE AIDE	3	DIMINUÉE	3	OCCASIONNELLE	3	
PAUVRE	2	CONFUS	2	ASSIS	2	TRÈS LIMITÉE	2	URINAIRE	2	
TRÈS MAUVAISE	1	INCONSCIENT	1	TOTALEMENT AIDÉ	1	IMMOBILE	1	URINAIRE ET FÉCALE	1	
RÉSULTAT	...	RÉSULTAT	...	RÉSULTAT	...	RÉSULTAT	...	RÉSULTAT	...	.....

ANALYSE DES RESULTATS	
Score entre 5 et 12 : risque très élevé	
Score entre 12 et 14 : risque élevé	
Score entre 14 et 16 : risque moyen	
Score entre 16 et 20 : risque faible	

## Annexe 7. Echelle de Braden <sup>111</sup>

Perception sensorielle	Humidité	Activité
1 Absente	1 Constante	1 Alité
2 Très limitée	2 Très humide	2 Chaise
3 Légèrement limitée	3 Parfois humide	3 Marche rare
4 Non altérée	4 Rarement humide	4 Marche fréquente
Mobilité	Nutrition	Friction/cisaillements
1 Immobile	1 Très pauvre	1 Problème
2 Très limitée	2 Inadéquate	2 Problème potentiel
3 Légèrement limitée	3 Adéquate	3 Pas de problème
4 Non altérée	4 Excellente	
<b>Patient à risque si score à 17</b>		
6 - 12 = risque très élevé		
13 - 14 = risque modéré		
15 - 16 = risque léger		

<sup>110</sup> Comment choisir un matelas anti-escarres ? - Lit médicalisé & conseils. (2013, 15 octobre). <http://www.lit-medicalise-conseils.com/index.php?id=comment-choisir-un-matelas-anti-escarres> (vu le 26/05/2021)

<sup>111</sup> Actusoins, R. (2020, 29 juillet). Escarres : l'échelle de Braden un moyen d'action pertinent pour prévenir les escarres. Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession. <https://www.actusoins.com/304485/escarres-echelle-de-braden-un-moyen-action-pertinent-pour-prevenir-les-escarres.html> (vu le 26/05/2021)



## Annexe 9. Questionnaire

### QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES AIDANTS D'UN PATIENT DEPENDANT MAINTENU A DOMICILE

1. **Connaissez-vous** une personne qui a besoin d'aide dans les actes de la vie quotidienne ? \_\_\_\_\_
2. Quel est votre **lien, familial ou autre**, avec la personne en situation de perte d'autonomie, c'est à dire qui a besoin d'aide dans les actes de la vie quotidienne ? \_\_\_\_\_
3. Quel est son **âge** ? \_\_\_\_\_
4. De quelle **pathologie** est-elle atteinte ? \_\_\_\_\_
5. Quelle est sa **situation familiale** ? \_\_\_\_\_
6. Est-ce que cette personne **vit seule** ? \_\_\_\_\_

7. Connaissez-vous son **niveau de dépendance** selon la grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso ressources) ?    GIR 1    GIR 2    GIR 3    GIR 4

8. Quelles sont les activités que cette personne dépendante **ne peut plus faire seule** ?

- Se repérer dans le temps
- Se repérer dans l'espace
- Se déplacer à l'intérieur du domicile
- Se déplacer à l'extérieur du domicile
- Faire sa toilette
- S'habiller
- Aller aux toilettes
- Changer de position (se lever, s'asseoir, se coucher...)
- Préparer son repas
- S'alimenter
- Faire le ménage, la vaisselle...
- Faire ses achats
- Gérer ses finances
- Préparer son pilulier
- Prendre ses médicaments convenablement

9. Est-ce que des **professionnels** sont amenés à intervenir pour aider la personne dépendante à accomplir un ou plusieurs de ces actes ? \_\_\_\_\_

10. Si oui, **lesquels et quand** ?

---

---

---

11. Quels **équipements** sont utilisés chez la personne dépendante pour améliorer :

→ L'autonomie, le confort, la sécurité dans la chambre (lit, barre d'appui, barrières, fauteuil...)

---

---

→ Les transferts et la mobilité (canne, déambulateur, fauteuil roulant, soulève malade...)

---

---

→ L'hygiène du corps dans son ensemble (siège, accessoires pour la douche ou dans les toilettes, chaise garde-robe...)

---

---

→ La préparation et la prise de repas (couverts spécifiques, assiette ventouse...)

---

---

→ L'habillement par le haut ou par le bas

---

---

11. Compte-tenu de la situation de la personne dépendante, les **solutions** mises en place actuellement chez elle vous paraissent-elles **suffisantes et satisfaisantes** ? Comment jugez-vous :

→ La prise en compte des besoins de la personne

→ La qualité d'intervention

→ La préservation de l'autonomie du patient

→ La garantie de son confort et de sa sécurité

---

---

12. Avez-vous des **motifs d'insatisfaction** dans la prise en charge actuelle de la personne dépendante ?

---

---

---

---

13. Estimez-vous avoir eu suffisamment **d'informations et de conseils** à propos du maintien à domicile ?

---

14. Si nécessaire, avez-vous des **propositions** à faire pour **optimiser** le maintien à domicile ?

---

---

---

---

15. Estimez-vous que le maintien à domicile soit **favorable** d'un point de vue **technique et humain** ?

---

16. Selon l'évolution de la perte d'autonomie de la personne dépendante, à quel moment jugez-vous qu'il serait souhaitable **d'envisager un placement en établissement spécialisé** ? \_\_\_\_\_

**Merci de votre participation.**

## SERMENT DE GALIEN

*Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :*

- ❖ *D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- ❖ *D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- ❖ *De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.*
- ❖ *En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque.*