

ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS

UNIVERSITÉ DE TOURS

FACULTE DE PHARMACIE « Philippe-Maupas »

Année... 2022.....

N° ...3....

THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

..... Anthony Esnault né le 8 mars 1997 à Vendôme (41)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE ... 31 janvier 2022

Etude du profil et des besoins des patients bénéficiant d'un lit médicalisé dans le cadre du maintien
à domicile

JURY

Président : Mme MAUPOIL Véronique, Professeur, Faculté de Pharmacie - Tours

Membres :
M. JUSTE Matthieu, Pharmacien, Maître de Conférences, Faculté de Pharmacie - Tours

Mme VUITTENEZ Florence, Pharmacien d'officine - Mondoubleau

M. AVIGNON Claude, Pharmacien d'officine

ANNEE : 2021 - 2022

Directrice : Pr Véronique MAUPOIL

Directeur Adjoint : M. Hervé MARCHAIS

Assesseurs : Pr Daniel ANTIER, M. Matthieu JUSTE, Pr Karine MAHEO, Mme Audrey OUDIN

ENSEIGNANTS

12 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ

ALLOUCHI	Hassan	CHIMIE PHYSIQUE
BOUESOCQUE-DELAIE	Leslie	PHARMACOGNOSIE
BRAND	Denys	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
CHEVALIER	Stéphane	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
CHOURPA	Igor	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
CLASTRE	Marc	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DIMIER-POISSON	Isabelle	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
ENGUEHARD-GUEIFFIER	Cécile	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MAHEO	Karine	PHYSIOLOGIE
MAUPOIL-DAVID	Veronique	PHARMACOLOGIE
MUNNIER	Émilie	PHARMACIE GALENIQUE
VIAUD-MASSUARD	Marie-Claude	CHIMIE ORGANIQUE

7 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ ET PRATICIENS HOSPITALIERS

ANTIER	Daniel	PHARMACIE CLINIQUE
ARLICOT	Nicolas	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
EMOND	Patrick	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
GIRAUDAU	Bruno	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistiques & ÉPIDÉMIOLOGIE
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE
THIBAUT	Gilles	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE

2 PROFESSEURS ÉMERITES

GUILLOTEAU	Denis	BIOPHYSIQUE & MATHÉMATIQUES
BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE

37 MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ALLARD-VANNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
BAKRI	Françoise	HYGIENE SANTE PUBLIQUE & TOXICOLOGIE
BESSON	Pierre	PHYSIOLOGIE
BIRER-WILLIAMS	Caroline	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
BONNIER	Franck	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
BORDY	Romain	PHARMACOLOGIE
BOUVIN-PLEY	Mélanie	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BRAIBANT	Martine	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BREDELOUX	Pierre	PHARMACOLOGIE
DAVID	Stéphanie	PHARMACIE GALENIQUE
DEBIERRE-GROCKIEGO	Françoise	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
DELAIE	Pierre-Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DENEVAULT	Caroline	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DOUZIECH-EYROLLES	Laurence	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
DUMAS	Jean-François	BIOCHIMIE GENERALE ET BIOTHERAPIE
GERMON	Stéphanie	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
GLEVAREC	Gaëlle	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
HERVE-AUBERT	Katel	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE

Mise à jour du 01/09/2021

JUSTE	Matthieu	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
LAJOIE	Laurie	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
LANOUE	Arnaud	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
MARC	Jillian	BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
MARCHAIS	Hervé	PHARMACIE GALENIQUE
MAVEL	Sylvie	CHIMIE THERAPEUTIQUE
OMBETTA-GOKA	Jean-Edouard	CHIMIE ORGANIQUE
UDIN	Audrey	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
POUPET	Cyril	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
PASQUALIN	Côme	PHARMACOLOGIE
PRIE	Gildas	CHIMIE ORGANIQUE
SOUCE	Martin	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
TAUBER	Clovis	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VELGE-ROUSSEL	Florence	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
VERCOUILLIE	Johnny	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VERGOTE	Jackie	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
VIERRON	Emilie	SANTÉ PUBLIQUE, BIOSTATISTIQUES & ÉPIDÉMIOLOGIE
ZHANG	Bei-Li	PHARMACOLOGIE

2 MAITRES DE CONFÉRENCES ET PRATICIENS HOSPITALIERS

FOUCAULT-FRUCHARD	Laura	PHARMACIE CLINIQUE
RESPAUD	Renaud	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE

2 AHU (Assistant Hospitalier Universitaire)

FOUCAULT	Amélie	HEMATOLOGIE
MARLET	Julien	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE

1 ATER (Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche)

HILALI	Soukaïna	PHARMACOGNOSIE
--------	----------	----------------

1 PRAG

WALTERS-GALOPIN	Susan	ANGLAIS
-----------------	-------	---------

3 CHARGÉS DE RECHERCHE

EPARDAUD	Mathieu	INRAE
MEVELEC	Marie-Noëlle	INRAE
MOIRE	Nathalie	INRAE



SERMENT DE GALIEN

En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;

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 Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité ;

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels ;

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;

De coopérer avec les autres professionnels de santé ;

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Date : 03/02/2022

L'étudiant

M Esnault Anthony

Le Doyen de la Faculté

Professeur Véronique Maupoil

Remerciements

Je voudrais remercier toutes les personnes ayant participées à la réalisation de cette thèse, travail ultime avant d'obtenir le diplôme de docteur en pharmacie. L'ensemble de ces personnes a eu un rôle important et indispensable dans l'écriture et la présentation de cette thèse :

- Madame Vuittenez qui m'a accompagné tout au long de ma thèse du choix du sujet à la correction et notamment à la mise en œuvre de mon étude. Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse, mais également de m'avoir accepté comme stagiaire en 2^{ème} et 6^{ème} année au sein de votre officine. Lors de l'ensemble de ces moments, ce fût un agréable moment partagé avec vous, merci pour votre professionnalisme.
- Monsieur Juste qui a accepté le rôle de directeur de thèse et qui l'a accompli avec professionnalisme. Effectivement, merci à vous pour vos corrections et vos conseils lors de la réalisation de cette thèse. Merci également à vous pour votre travail pour la filière officine le temps de mes études.
- Monsieur Emonet pour cet échange autour du maintien à domicile en officine et pour votre partage d'expériences notamment à travers l'association Hospipharm.
- L'ensemble des pharmaciens d'avoir accepté de conduire mon étude dans leur pharmacie d'officine ; madame Nathalie D., monsieur Jean-Luc D., madame Sylviane B., mademoiselle Marie-Odile B. et madame Pascale V. ainsi que madame Florence V. Je les remercie également pour m'avoir aidé à la collecte de toutes les informations nécessaires pour l'étude. Je remercie aussi les préparateurs en pharmacie Isabelle, Katia et Christophe qui m'ont aidé au bon déroulement de l'étude et à la collecte des informations.
- Je remercie Madame Maupoil d'avoir acceptée de présider le jury de ma thèse d'exercice.
- Je remercie monsieur Avignon d'avoir accepté de prendre en place parmi mon jury de thèse, invitation faite au vu de ses compétences et de son expérience dans le domaine du maintien à domicile.

A travers cette thèse, je souhaite également remercier l'ensemble des personnes m'ayant soutenu et accompagné pendant ces 6 années d'études :

- Ma maman pour l'ensemble de son soutien et de son accompagnement pendant toutes ces années mais également pour son aide au quotidien, merci.
- Mon papa, mon frère, Stan et l'ensemble de ma famille pour leur soutien au quotidien et les encouragements pour la réalisation de ces études.
- Tous les amis m'ayant soutenu et m'ayant permis de passer de bons moments pendant ces années d'études à Tours. Vous m'avez permis de me ressourcer et d'apprécier chaque moment notamment avec la team Cagette. Remerciements tout particulièrement à Benjamin, mon binôme de fac, pour tous ces moments passés ensemble en TP, en cours et à l'extérieur.
- Je remercie l'ensemble des pharmaciens qui m'ont accepté en qualité de stagiaire lors de mes études, et de m'avoir transmis leur savoir faire et savoir être, Madame Beasley, Mademoiselle Bruneau et Madame Vuittenez.
- Remerciement à l'équipe du SSSM du SDIS 41 de m'avoir accepté en tant qu'étudiant puis pharmacien parmi leur équipe. Ceci est une très bonne expérience personnelle, remerciement particulier au Lieutenant-Colonelle Tiphène.

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	5
TABLE DES MATIERES.....	7
ABREVIATIONS.....	13
LISTE DES ANNEXES :.....	15
LISTE DES TABLEAUX :	16
LISTE DES FIGURES :	18
INTRODUCTION	20
PREMIERE PARTIE : LE LIT MEDICALISE, DISPOSITIF MEDICAL POUR LES PATIENTS DEPENDANTS DANS LE CADRE DU MAINTIEN A DOMICILE	22
1 LE MAINTIEN A DOMICILE	23
1.1 Définition	23
1.2 Une volonté forte de l'orientation vers le maintien à domicile.....	23
1.3 Historique.....	24
1.3.1 Avant le rapport Laroque.....	24
1.3.2 Le rapport Laroque	25
1.3.3 Les mesures post-rapport Laroque	25
1.3.3.1 VI ^{ème} plan de développement économique et social.....	26
1.3.3.2 VII ^{ème} plan d'action prioritaire.....	26
1.3.3.3 Tour d'horizon des rapports des années 70	27
1.3.4 Les mesures de la fin du XX ^{ème} siècle.....	27
1.3.5 La politique autour du MAD au XXI ^{ème} siècle	28
1.3.6 Les mesures depuis 2017	29
1.3.6.1 Projet de loi « Grand âge et autonomie »	29
1.3.6.2 La 5 ^{ème} branche de l'assurance maladie.....	30
1.4 Les acteurs	31
1.4.1 Les acteurs pour le matériel de MAD.....	32
1.4.1.1 Les pharmacies d'officine.....	32
1.4.1.2 Les prestataires de services et distributeurs de matériel.....	32
1.4.1.3 Rapport sur les PSDM et différence avec l'officine	32
1.4.2 Les acteurs pour les services de MAD.....	33
1.4.2.1 Présentation.....	33
1.4.2.2 Fonctionnement et financements	34
1.4.3 Les coordinateurs du MAD	35
1.4.3.1 Les pharmacies d'officine.....	35
1.4.3.2 Les médecins	35
1.4.3.3 Les ergothérapeutes	35

1.5	<i>Les chiffres sur le MAD et la location de lit médicalisé</i>	36
1.5.1	Le coût du MAD en France	36
1.5.2	L'activité de location et achat de lit médicalisé	37
1.6	<i>Les aides pour le MAD</i>	39
1.6.1	L'allocation personnalisée d'autonomie	39
1.6.1.1	Présentation de l'aide	39
1.6.1.2	Montant de l'APA	40
1.6.2	Les aides des caisses de retraites	41
1.6.3	Les aides extralégales des mairies ou des conseils départementaux	41
1.6.4	La prestation compensatrice du handicap	42
1.7	<i>Les autres systèmes d'assistance à domicile</i>	42
1.7.1	Les aides et soins à domicile	43
1.7.1.1	Le service polyvalent d'aide et des soins à domicile	43
1.7.1.2	Le service de soins infirmiers à domicile	43
1.7.2	L'HAD	44
2	LE LIT MEDICALISE	45
2.1	<i>Définition</i>	45
2.2	<i>Généralités</i>	45
2.3	<i>Réglementation</i>	46
2.3.1	Réglementation des dispositifs médicaux	46
2.3.2	Norme des lits médicalisés	47
2.4	<i>La matériovigilance</i>	47
2.5	<i>Description</i>	47
2.5.1	Le lit médicalisé	47
2.5.1.1	Généralités	47
2.5.1.2	La hauteur variable	48
2.5.1.3	Le relève buste	49
2.5.1.4	Le relève jambe	49
2.5.2	Les spécificités de certains lits	50
2.5.2.1	Le lit pour personne désorientée	50
2.5.2.2	Le lit pour personne à forte corpulence	50
2.5.2.3	Le lit pour enfants de 3 à 12 ans	51
2.5.2.4	Le lit médicalisé double	51
2.5.3	Les risques du lit médicalisé	52
2.5.3.1	Dysfonctionnement des vérins	52
2.5.3.2	Risque électrique et d'incendie	52
2.6	<i>Prescription</i>	53
2.7	<i>Remboursement</i>	53
2.7.1	Généralités	53
2.7.2	La liste des produits et prestations remboursables	54
2.8	<i>Accessoires</i>	56

2.8.1	Le matelas.....	56
2.8.1.1	Les escarres.....	56
2.8.1.1.1	Définition.....	56
2.8.1.1.2	Evaluation du risque d'escarre.....	57
2.8.1.1.3	Prévention des escarres.....	61
2.8.1.2	Le choix du matelas.....	62
2.8.1.3	Les différents matelas.....	63
2.8.1.3.1	Matelas clinique ou en mousse.....	64
2.8.1.3.2	Matelas de classe IA.....	64
2.8.1.3.2.1	Matelas à eau.....	64
2.8.1.3.2.2	Matelas en mousse type gaufrir.....	65
2.8.1.3.2.3	Matelas à pression alternée.....	65
2.8.1.3.3	Matelas de classe IB.....	66
2.8.1.3.3.1	Matelas à air statique.....	66
2.8.1.3.3.2	Matelas en fibres siliconées.....	66
2.8.1.3.3.3	Matelas en mousse structurée à modules amovibles.....	66
2.8.1.3.4	Matelas de classe II.....	67
2.8.1.3.4.1	Matelas en mousse viscoélastique.....	67
2.8.1.3.4.2	Matelas à air non motorisé et à cellules télescopiques.....	67
2.8.1.3.5	Matelas de classe III.....	68
2.8.1.3.5.1	Matelas en mousse multistrat.....	68
2.8.1.3.6	Avantages et inconvénients des différents matelas dans la prévention des escarres.....	68
2.8.2	Les coussins de positionnement.....	70
2.8.3	Les barrières de lit.....	70
2.8.3.1	Les dangers dus aux barrières.....	71
2.8.3.2	La réglementation des barrières de lit.....	72
2.8.4	La ceinture de maintien au lit.....	72
2.8.5	La potence.....	73
2.8.6	Le pied à serum.....	74
2.8.7	L'arceau de lit.....	74
2.8.8	L'oreiller.....	75
2.9	Règles d'installations du lit.....	76
2.9.1	Choix de l'emplacement du lit.....	76
2.9.2	Information et formation sur l'utilisation d'un lit médicalisé.....	77
2.10	Entretien.....	77
3	LA DEPENDANCE.....	78
3.1	Définition.....	78
3.1.1	La dépendance.....	78
3.1.2	Distinction entre dépendance et perte d'autonomie.....	78
3.1.3	Les différentes situations de dépendance.....	79
3.2	Epidémiologie de la dépendance.....	80
3.2.1	En France.....	80

3.2.1.1	Epidémiologie actuelle de la dépendance.....	80
3.2.1.2	Projection de l'épidémiologie en 2025.....	82
3.2.2	En Région Centre-Val-de-Loire.....	83
3.3	<i>Causes de la dépendance</i>	83
3.3.1	Les facteurs de risque structurel de la dépendance	83
3.3.1.1	Le facteur organique	84
3.3.1.1.1	Le niveau lésionnel	84
3.3.1.1.2	Le niveau fonctionnel.....	84
3.3.1.1.3	Le niveau social	84
3.3.1.1.4	Les apports de la théorie de Wood.....	85
3.3.1.2	Le facteur social	85
3.3.1.2.1	L'isolement social.....	85
3.3.1.2.2	L'exclusion sociale.....	86
3.3.1.2.3	Rôle de l'entourage.....	86
3.3.1.3	Le facteur psychologique	87
3.3.2	Théorie de l'apparition de la dépendance	88
3.3.2.1	Les facteurs facultatifs	88
3.3.2.1.1	Les facteurs organiques facultatifs	89
3.3.2.1.2	Les facteurs sociaux facultatifs	89
3.3.2.1.3	Les facteurs psychologiques facultatifs.....	89
3.3.2.2	Les facteurs déclenchants	90
3.4	<i>L'évaluation clinique de la dépendance</i>	91
3.4.1	Les échelles pour l'évaluation de la personne âgée.....	91
3.4.1.1	L'échelle des activités de la vie quotidienne – indice de Katz	91
3.4.1.2	L'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne – Test de Lawton	92
3.4.1.3	Grille d'autonomie gériatrique groupes iso-ressources	93
3.4.1.3.1	Définition et but.....	93
3.4.1.3.2	L'utilisation de la grille AGGIR.....	94

DEUXIEME PARTIE : ETUDE DES PATIENTS ET DES BESOINS DES PATIENTS POSSEDANT UN LIT MEDICALISE EN LOCATION DANS PLUSIEURS PHARMACIES95

1	PRESENTATION DE L'ETUDE.....	96
1.1	<i>Les objectifs de l'étude</i>	96
1.1.1	Premier objectif	96
1.1.2	Deuxième objectif.....	96
1.2	<i>Le type d'étude</i>	97
1.3	<i>La population cible</i>	97
1.4	<i>Déroulement de l'étude</i>	97
1.4.1	La collecte des données	97
1.4.1.1	Recueil d'informations auprès des pharmacies	97
1.4.1.2	Questionnaire patient	98
1.4.2	Les aspects réglementaires de l'étude.....	98

1.4.3	L'anonymisation des données	99
2	PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE	99
2.1	<i>Le profil des patients</i>	99
2.1.1	Le sexe	99
2.1.2	L'âge.....	100
2.1.3	L'âge et le sexe.....	101
2.1.4	Le patient vit-il seul ou accompagné ?	102
2.1.5	L'indice de masse corporel	102
2.1.6	Les traitements	103
2.1.6.1	Le nombre de principes actifs par patient.....	103
2.1.6.2	Les traitements des patients	104
2.2	<i>Le lit médicalisé</i>	105
2.2.1	Le type de lit médicalisé.....	105
2.2.2	Le temps d'utilisation du lit médicalisé.....	106
2.2.3	Le type de matelas	107
2.2.4	La vision des patients sur le lit médicalisé	108
2.2.5	La satisfaction du patient sur le lit médicalisé	109
2.2.6	L'indication du lit médicalisé selon le patient	109
2.2.7	La personne à l'origine de la prescription	110
2.2.8	La spécialité du médecin prescripteur	111
2.3	<i>Le patient et le MAD</i>	111
2.3.1	La connaissance des distributeurs de matériels de MAD.....	112
2.3.2	L'orientation des patients vers une pharmacie	112
2.3.3	Le matériel de MAD autres que le lit médicalisé	113
2.3.3.1	Fréquence de possession du matériel de MAD	113
2.3.3.2	Fréquence de possession de chaque type de matériel de MAD via l'analyse des fiches de patients 113	
2.3.3.3	Fréquence de possession de chaque type de matériel de MAD via l'analyse des questionnaires ..	114
2.3.3.4	Chronologie d'apparition du matériel de MAD	115
2.3.4	Les autres aides que le MAD	117
2.3.5	Le besoin d'aides matérielles ou techniques	118
3	ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS.....	119
3.1	<i>Le profil des patients</i>	119
3.1.1	Le sexe	119
3.1.2	L'âge et le sexe.....	119
3.1.3	Le patient vit-il seul ou accompagné ?	120
3.1.4	Comparaison aux études épidémiologiques	120
3.1.5	L'indice de masse corporel	121
3.1.6	Les traitements	121
3.1.6.1	Le nombre de principes actifs par patient.....	121
3.1.6.2	Les traitements des patients	121
3.2	<i>Le lit médicalisé</i>	123

3.2.1	Le type de lit médicalisé.....	123
3.2.2	Le temps d'utilisation du lit médicalisé.....	124
3.2.3	Le type de matelas.....	124
3.2.4	La vision des patients sur le lit médicalisé.....	125
3.2.5	L'indication du lit médicalisé selon le patient.....	126
3.2.6	La personne à l'origine de la prescription.....	126
3.2.7	La spécialité du médecin prescripteur.....	127
3.3	<i>Le patient et le MAD</i>	127
3.3.1	La connaissance des distributeurs de matériels de MAD.....	127
3.3.2	L'orientation des patients vers une pharmacie.....	127
3.3.3	Le matériel de MAD autres que le lit médicalisé.....	128
3.3.3.1	Fréquence de possession matériel de MAD.....	128
3.3.3.2	Fréquence de possession de chaque type de matériel de MAD.....	128
3.3.3.3	Chronologie d'apparition du matériel de MAD.....	128
3.3.4	Les autres aides que le MAD.....	129
4	LES ELEMENTS ESSENTIELS A RETENIR.....	130
5	DISCUSSION DE L'ETUDE.....	132
TROISIEME PARTIE : LES ELEMENTS A METTRE EN ŒUVRE DANS UNE OFFICINE POUR DEVELOPPER SON ACTIVITE DE MAINTIEN A DOMICILE		133
1	REPERAGE DES PATIENTS.....	134
1.1	<i>Repérer une incapacité ou une invalidité au comptoir</i>	<i>134</i>
1.2	<i>Estimer les besoins en matière de MAD lors des BPM</i>	<i>135</i>
2	AMELIORER LA COLLABORATION AVEC LES MEDECINS	135
3	CHOISIR UNE ORGANISATION ADAPTEE A SON OFFICINE	136
3.1	<i>Installation réalisée par un prestataire.....</i>	<i>136</i>
3.2	<i>Installation réalisée par la pharmacie</i>	<i>137</i>
4	AMELIORER LA DELIVRANCE ET LE CONSEIL LORS DE LA LOCATION D'UN LIT MEDICALISE.....	138
5	CONSEIL ASSOCIE LORS DE LA DELIVRANCE ET LE SUIVI DU PATIENT	139
6	AMELIORER LA COMPETENCE DE L'EQUIPE DANS LE DOMAINE DU MAD.....	140
7	DEVELOPPER L'INFORMATION SUR LE MAINTIEN A DOMICILE	141
7.1	<i>Au sein de la pharmacie par ses propres moyens</i>	<i>141</i>
7.2	<i>Avec l'aide de groupement pharmaceutique</i>	<i>142</i>
7.3	<i>Avec l'aide d'association de pharmacien.....</i>	<i>143</i>
7.4	<i>Avec l'aide de prestataire de service et distributeur de matériel.....</i>	<i>144</i>
CONCLUSION		145
ANNEXE		147
BIBLIOGRAPHIE.....		158

Abréviations

- **AGGIR** : autonomie gérontologique groupes iso-ressources
- **APA** : allocation personnalisée d'autonomie
- **ALD** : affection de longue durée
- **ANSM** : agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
- **ARS** : agence régionale de santé
- **ATP** : adénosine triphosphates
- **AVC** : accident vasculaire cérébral
- **AVQ** : activité de la vie quotidienne
- **BMP** : bilan partagé de médication
- **CE** : conformité européenne
- **CEPS** : comité économique des produits de santé
- **CESU** : chèque d'emploi service universel
- **CNIL** : commission nationale de l'information et des libertés
- **CNSA** : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- **CPTS** : communauté professionnelle territoriale de santé
- **CSA** : contribution solidaire autonomie
- **CSG** : contribution sociale généralisée
- **CSP** : code de la santé publique
- **DM** : dispositif médical
- **EHPAD** : établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes
- **EPS** : équipe de soins primaires
- **GIR** : groupes iso-ressources
- **GMP** : GIR moyen pondéré
- **HAD** : hospitalisation à domicile
- **HAS** : haute autorité de santé
- **HPST** : Hôpital, Patient, Santé, Territoire
- **ICOPE** : programme de soins intégrés aux personnes âgées
- **IMC** : indice de masse corporel
- **INSEE** : institut national de la statistique et des études économiques
- **LPPR** : liste des produits et prestations remboursables
- **MAD** : maintien à domicile

- **MAIA** : maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
- **MSA** : mutuelle sociale agricole
- **MSP** : maison de santé pluriprofessionnelle
- **OMéDIT** : observatoire des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques
- **OMS** : organisation mondiale de la santé
- **PAP** : plan d'action prioritaire
- **PCH** : prestation de compensation du handicap
- **PSD** : prestation spécifique de dépendance
- **PSDM** : prestataires de services et distributeurs de matériel
- **PUI** : pharmacie à usage intérieure
- **RGPD** : règlement général sur la protection des données
- **SAAD** : service d'aide et d'accompagnement à domicile
- **SPASAD** : services polyvalents d'aide et de soins à domicile
- **SSIAD** : services de soins infirmiers à domicile
- **T2A** : tarification à l'activité

Liste des annexes :

Annexe 1 : Fiche patient

Annexe 2 : Questionnaire patient

Annexe 3 : Lettre d'information pharmacie

Annexe 4 : Autorisation d'utilisation de données

Annexe 5 : Lettre d'information patient

Annexe 6 : Fiche qualité pour la délivrance et le conseil associé d'un lit médicalisé

Liste des tableaux :

Tableau I : Extrait de la LPPR des codes, intitulés et base de remboursement pour l'achat et la location d'un lit médicalisé

Tableau II : Echelle de Norton

Tableau III : Echelle de Waterloo

Tableau IV : Echelle de Braden

Tableau V : Liste des matelas disponibles dans chaque catégorie

Tableau VI : Listes des avantages et inconvénients de chaque matelas anti-escarres

Tableau VII : Prévalence des pathologies des patients possédant un lit médicalisé à domicile

Tableau VIII : Fréquence de prescriptions de certaines classes pharmaceutiques ou médicaments chez les personnes possédant un lit médicalisé

Tableau IX : Recueil du point de vue des patients sur l'utilisation d'un lit médicalisé

Tableau X : L'indication du lit médicalisé selon les patients

Tableau XI : Les personnes à l'origine de la prescription avec la fréquence d'implication

Tableau XII : Fréquence de primo-prescription des médecins hospitaliers à l'origine de la prescription

Tableau XIII : Les arguments des patients justifiant de la location d'un lit médicalisé au sein d'une pharmacie d'officine

Tableau XIV : Fréquence de possession du matériel de MAD chez les patients possédant un lit médicalisé selon les données des pharmacies

Tableau XV : Fréquence de possession du matériel de MAD chez les patients possédant un lit médicalisé selon les données des patients

Tableau XVI : Chronologie d'acquisition du matériel de MAD par rapport au lit médicalisé

Tableau XVII : Fréquence de recours à d'autres aides que le matériel médical pour le MAD

Tableau XVIII : La fréquence des besoins en aides matérielles ou techniques supplémentaires

Tableau XIX : Prévalence des pathologies des patients possédant un lit médicalisé à domicile comparée à la population générale

Tableau XX : Ensemble des éléments essentiels à retenir de l'étude du profil des patients possédant un lit médicalisé à domicile

Tableau XXI : Ensemble des éléments essentiels à retenir de l'étude du patient sur sa dépendance et son rapport au MAD

Tableau XXII : Liste des avantages et inconvénients de chaque système de gestion de l'activité de MAD dans une pharmacie

Liste des figures :

Figure 1 : Frise chronologique sur l'évolution du MAD et de sa politique en France

Figure 2 : Nombre de forfaits d'installation d'un lit médicalisé par an

Figure 3 : Nombre de locations hebdomadaire d'un lit médicalisé par an

Figure 4 : Lit médicalisé avec la fonction hauteur variable et relève buste

Figure 5 : Lit médicalisé pour personne désorientée

Figure 6 : Lit médicalisé double

Figure 7 : Evolution de la base de remboursement hebdomadaire d'un lit médicalisé standard depuis 2003

Figure 8 : Les différents stades cliniques des escarres

Figure 9 : Arbre décisionnel sur le choix du type de matelas

Figure 10 : Matelas clinique

Figure 11 : Matelas en mousse type gaufrier

Figure 12 : Matelas à pression alternée

Figure 13 : Matelas en mousse viscoélastique

Figure 14 : Matelas à air non motorisé à cellules télescopiques

Figure 15 : Matelas en mousse multistrat

Figure 16 : Barrière de lit

Figure 17 : Ceinture de maintien au lit

Figure 18 : Potence

Figure 19 : Pied à serum

Figure 20 : Arceau de lit

Figure 21 : Répartition des bénéficiaires de l'APA par âge et compte tenu du lieu de résidence

Figure 22 : Modèle de Bouchon : représentation de la décompensation d'une fonction d'organe au cours du temps

Figure 25 : Sexe des patients possédant un lit médicalisé

Figure 26 : Nombre d'installations réalisé au regard de l'âge du patient

Figure 27 : Pyramide des âges selon le sexe à l'installation d'un lit médicalisé

Figure 28 : Indice de masse corporelle des patients possédant un lit médicalisé

Figure 29 : Nombre de principes actifs sur l'ordonnance des patients possédant un lit médicalisé à domicile

Figure 30 : Type de lit installé au domicile des patients

Figure 31 : Temps d'utilisation journalier du lit médicalisé par les patients

Figure 32 : Types de matelas à l'installation du lit médicalisé

Figure 33 : Chronologie d'achat d'un déambulateur par rapport au lit médicalisé

Figure 34 : Espace de vente aménagé par Pharm'activ via le concept « my better life »

Figure 35 : Exposition de l'activité de MAD mise en place au sein d'une pharmacie avec le prêt de matériel par le prestataire

Introduction

Le maintien à domicile (MAD) est une activité proposée par les pharmaciens mais pas seulement étant donné qu'ils n'ont pas le monopole pharmaceutique. Ainsi de nombreuses sociétés non pharmaceutiques se sont spécialisées dans ce domaine. Elles peuvent parfois être plus compétitifs que les pharmaciens d'officine en termes de suivi, de stock et de conseils et bénéficiant de surcroît de grands moyens de communication. Ainsi les pharmaciens, acteurs de santé de proximité sont mis de côté alors qu'ils ont amplement leur rôle à jouer pour les patients. C'est pourquoi ils doivent se mettre davantage en avant pour présenter cette activité en apportant leurs compétences de professionnels de santé. Ils peuvent jouer un rôle très important dans ce domaine mais ils doivent s'y consacrer pleinement dans l'intérêt des patients et de la pharmacie.

Cette activité ne s'improvise pas et nécessite d'acquérir des compétences théoriques et commerciales pour répondre aux besoins des patients et pour se démarquer des concurrents. De plus, le maintien à domicile a un fort potentiel économique pour les officines à une période où les pharmacies essayent de trouver un nouveau souffle avec de nouvelles missions et un nouveau système de rémunération. Un investissement dans cette activité est nécessaire pour rattraper le retard des officinaux sur certains concurrents en adoptant des techniques commerciales tout en s'adaptant à sa patientèle et à la pharmacie. Le matériel pour le MAD est dans certains cas soumis à une prescription médicale pour obtenir un remboursement de l'assurance maladie. Ainsi, un moment de libre choix quant au distributeur de matériel médical entre la prescription et la délivrance est présent sauf si la pharmacie est à l'origine de la prescription ou a fait connaître son activité de MAD.

Cependant, de nombreux freins au développement de cette activité sont présents particulièrement le fait que le MAD soit très vaste allant de la simple canne en bois au lit médicalisé par exemple. Toutes ces aides ont leur place parmi le maintien à domicile mais pas le même rôle. Cela demande ainsi des compétences théoriques et nécessite une réflexion individuelle pour chaque patient afin de choisir le matériel adapté aux besoins de celui-ci. Afin d'optimiser le conseil et la délivrance dans le domaine du MAD, l'établissement du profil des patients pour chaque matériel peut être intéressant pour faciliter ce travail et connaître leurs besoins en MAD. Effectivement, cela est complètement différent des médicaments que le pharmacien conseil selon les symptômes, la pathologie, les effets indésirables, les

interactions médicamenteuses etc. Cette démarche de recherche du profil de patient permet ainsi de répondre à une question simple : à quel patient pouvons-nous conseiller ce matériel dans le cadre du maintien à domicile ? Pour aller plus loin, il faut s'interroger sur les besoins des patients qui sont entrés dans le système du MAD et notamment leurs attentes vis-à-vis du pharmacien ?

Pour répondre à ces questions, la thèse présente une étude pour déterminer le profil du patient bénéficiant d'un lit médicalisé en location par une officine. Le choix a été fait sur le lit médicalisé étant donné qu'il s'agit d'un des dispositifs le plus délivrés en pharmacie dans le MAD. Cela permettra de mieux cibler les patients pouvant avoir besoin d'un lit médicalisé, et ainsi anticiper leur prise en charge dans un but de développer et d'approfondir l'activité de maintien à domicile dans une officine. De plus, les patients auxquels un lit médicalisé est délivré ont souvent d'autres besoins de matériel de MAD faisant intervenir le conseil associé à la délivrance d'un lit médicalisé.

**Première partie : Le lit médicalisé,
dispositif médical pour les patients
dépendants dans le cadre du maintien à
domicile**

1 Le maintien à domicile

1.1 Définition

Le maintien à domicile (1), peut être considéré comme étant la mise en œuvre de matériels et de services apportés par des professionnels qualifiés à une personne dépendante. Le but étant de créer pour les personnes malades ou présentant un handicap, un environnement mieux adapté leur permettant de conserver une certaine indépendance dans leur habitation. L'objectif est de vivre chez soi, le plus longtemps possible, même en cas d'altération de son état de santé. Compte tenu de celui-ci, l'environnement sera adapté pour compenser le manque d'indépendance.

1.2 Une volonté forte de l'orientation vers le maintien à domicile

La notion de maintien à domicile amène à l'idée de l'attachement des personnes âgées ou des malades à leur domicile. Véritablement, la majorité des Français souhaite rester à son domicile plutôt que de se retrouver dans des structures d'accueil comme les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les EHPAD sont des structures totalement consacrées à ces personnes dépendantes et ne pouvant plus rester en sécurité seules chez elles où du personnel soignant les aide quotidiennement. Cette idée de rester à leur domicile, est argumentée par le sentiment de liberté, justement 80 % des individus (2) pensent que l'entrée en EHPAD provoque une perte de liberté. Cette liberté est partiellement absente car les patients rentrent dans un établissement avec une organisation et des règles tout en vivant en collectivité. Les résidents sont soumis à l'organisation du centre : repas fixes et menus dictés par un cuisinier, toilette quand le personnel soignant est disponible... De plus, il est rapporté un manque de repères, avec un espace de vie souvent réduit et souvent partagé avec les autres résidents. L'organisation de ces espaces et la décoration sont également peu personnalisées à l'exception de la chambre pouvant perturber le résident.

L'apparition du concept « vivre chez soi » (3) permet d'éviter tous ces désagréments et permet la continuité de la vie à domicile mais en l'adaptant à sa situation. Le domicile est souvent occupé depuis plusieurs années marqué par les habitudes de vie avec un ensemble de repères. Il s'agit également du lieu où il est reçu la famille et les amis.

Le maintien à domicile peut transformer en profondeur le domicile du patient, ce qui doit être compris et accepté par celui-ci. Une nouvelle organisation et une perturbation des habitudes seront également retrouvées mais avec une perte de repères moins importante et donc mieux acceptée par des personnes souffrant pour la plupart de troubles cognitifs. Il faut également faire confiance aux intervenants évoluant dans son domicile pour s'occuper de vous et de votre habitat.

1.3 Historique

La notion de MAD n'est pas récente et a subi une grande évolution ce dernier siècle avec notamment la mise en place de mesures politiques (4,5). Effectivement, le vieillissement de la population est devenu un enjeu de société où seul l'état peut apporter des solutions concrètes.

1.3.1 Avant le rapport Laroque

Le MAD n'est pas une notion récente dans son concept de rester chez soi malgré la présence d'une incapacité. Cependant, il ne répondait pas à la définition précédemment exposée par l'absence de services et de matériels apportés aux personnes. Au Moyen Âge, des institutions existaient déjà pour accueillir les personnes dans le besoin proposant une alternative aux EHPAD d'aujourd'hui avec les hôtels-dieu ou encore l'hôpital général de Louis XIV.

Une prise en compte progressive de la place des personnes âgées dans la société a eu lieu et des problèmes liés à la vieillesse sont apparus à partir de la Révolution Française. Il faut attendre la fin du XIX^{ème}, début du XX^{ème} siècle pour une prise en compte politique de ces derniers. En effet, une première loi est votée en 1893 stipulant l'obligation d'assurer des soins à tous les patients pauvres. Il s'agissait surtout de cette catégorie de patients qui ne pouvait avoir accès à des hébergements institutionnalisés. Puis le 14 juillet 1905, la loi relative aux vieillards, aux infirmes et aux incurables est publiée. Celle-ci comme son nom l'indique, s'intéresse aux personnes présentant déjà une dépendance (infirmes ou incurables) ou un risque de dépendance (vieillards). L'article 19 de cette loi porte sur la notion d'assistance à domicile pour cette population et si cela n'est pas possible à la réalisation d'un placement. Ainsi à partir de 1905, le MAD fait son apparition sous sa forme actuelle avec une aide aux patients dans le besoin à leur domicile.

1.3.2 Le rapport Laroque

Le véritable changement concernant le MAD en France date de 1962, avec la publication du rapport Laroque rédigé par Pierre Laroque, premier directeur de la sécurité sociale et conseiller d'état. Il s'intitule « politique de la vieillesse » (6) pour le bien de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse du haut comité consultatif de la population et de la famille de l'époque. Ce rapport avait comme intérêt premier de trouver des solutions contre la ségrégation des personnes âgées (7), c'est-à-dire l'exclusion de cette population de la société. En effet, cette ségrégation est caractérisée par la pauvreté, le mal logement et l'isolement social. D'autant plus que la proportion de la population âgée était de plus en plus importante et n'allait que croître dans les années suivantes. Dans son introduction, il est écrit que le vieillissement de la population engendre un réel problème au niveau économique, financier, social et médical. Il s'agit donc d'un problème global dû à l'âge des personnes et qu'il est nécessaire d'établir une politique de la vieillesse.

Pierre Laroque dans son rapport évoque que le placement des personnes âgées en institution ne doit pas être la réponse à proposer en premier lieu et que cette mesure doit ainsi rester exceptionnelle. En effet, cette population doit retrouver une place dans la société et pour cela doit rester chez elle montrant sa volonté de développer le MAD. Il apparaît alors nécessaire que l'état leur apporte/ou alloue des moyens humains (aide-ménagère et services sociaux), matériels (logement adapté) et également des occupations. Il était aussi question du financement de la nouvelle politique qui devait être appliquée avec une prise en charge soit par les caisses vieillesse des organismes de la sécurité sociale soit par l'aide sociale.

1.3.3 Les mesures post-rapport Laroque

Le rapport Laroque a permis d'établir un constat sur la place des personnes âgées en France et de publier des propositions pour améliorer leur prise en charge. Les suites de ce rapport vont se faire dès les années 70 avec un intérêt porté dans le VIème plan (plan de développement économique et social de 1970-1974) et le VIIème plan (plan d'action prioritaire (1975-1979)).

1.3.3.1 VI^{ème} plan de développement économique et social

Dans ce plan, figure toujours le même objectif pour les personnes âgées, « permettre leur maintien ou leur insertion dans un cadre de vie normale, par une politique de logements et d'équipements adaptés, par le développement de services appropriés notamment à domicile ». Pour cela, le rapport indique qu'une politique de la vieillesse doit être instaurée pour palier à un mépris dû à l'âge des individus et d'offrir des conditions de vies normales le plus longtemps possible.

Plus concrètement, les propositions de ce plan ont été établies dans la circulaire du 24 septembre 1971 intitulée « Politique relative aux équipements sanitaires et sociaux en faveur des personnes âgées ». Ce document de 1971 pose clairement le fondement de la politique du MAD, 10 ans après la publication du rapport. L'introduction d'aide à domicile est stipulée avec : l'aide-ménagère prise en charge par la caisse nationale d'assurance vieillesse, les soins infirmiers ou médicaux à domicile avec un but d'éviter, prévenir ou raccourcir une hospitalisation à la charge de l'assurance maladie. Des mesures plus larges sont introduites prenant en compte l'environnement de cette population comme l'avait préconisé M. Laroque. Des aides aux vacances et la mise en place d'éléments pour organiser le quartier sont entreprises comme des clubs restaurants, foyers restaurants, foyers clubs et centres de jour. Le but de ces dernières mesures est d'éviter l'isolement et de permettre de continuer à avoir des relations sociales. Signe d'efficacité de cette circulaire, en 1974, 145 000 personnes bénéficiées de l'aide-ménagère soit 100 000 de plus qu'avant la parution de cette nouvelle mesure.

1.3.3.2 VII^{ème} plan d'action prioritaire

Ce plan publié en 1975 comporte différents programmes d'actions prioritaires (PAP) dont le numéro 15 qui était spécifique pour le maintien à domicile. La circulaire du 28 janvier 1977 a mis en application les éléments de ce rapport, elle est nommée « favoriser le MAD des personnes âgées ». Il comporte notamment une attention financière pour permettre de modifier l'habitat afin qu'il devienne adapté aux personnes âgées. A noter, qu'il y a eu aussi la revalorisation des retraites et du minimum vieillesse permettant d'améliorer leur vie quotidienne. Enfin, les mesures pour rompre l'isolement sont poursuivies avec notamment de l'information et l'apparition de club du 3^{ème} âge.

1.3.3.3 Tour d'horizon des rapports des années 70

En 1976, le rapport sur les conditions de vie à l'âge de la retraite du conseil économique et social est publié en plein choc pétrolier avec une croissance et une situation économique très fragile. Il rapporte le problème financier de la politique vieillesse mise en place en pleine crise notamment lorsque les soins commencent à être lourds. Une question se pose « jusqu'à quand doit-on continuer le maintien à domicile d'une personne ? »

Un an plus tard, le rapport Massé reprend ce problème en affirmant qu'il faut gérer les dépenses du MAD et qu'il ne faut pas à tout prix privilégier ce dispositif ce qui était fait depuis 20 ans maintenant.

Durant cette période, les efforts de mise en place du MAD sont sérieusement remis en question surtout d'un point de vue financier. Comme l'affirme encore une fois le rapport « Vieillir demain », utilisé pour la réalisation du VIIIème plan, en précisant que le MAD n'est pas un élément pour faire des économies mais pour éviter la ségrégation.

1.3.4 Les mesures de la fin du XXème siècle

La fin du XXème siècle commence par la création du secrétariat d'état chargé des personnes âgées afin de se consacrer pleinement à la cause de la dépendance et à la mise en place des différents plans. Pour appliquer la législation nationale dictée par cette nouvelle composante gouvernementale, la loi Defferre du 2 mars 1982 promulgue le début de la responsabilité des départements au niveau de l'aide et de l'action sociale.

En 1984, un dictionnaire des personnes âgées, des retraités et de la vieillesse est écrit avec notamment une définition du maintien à domicile ainsi que de sa politique. Le maintien à domicile est « l'ensemble de moyens permettant à une personne âgée ou handicapée de continuer à vivre dans son cadre de vie habituel ». Cette définition sera les prémices d'une définition mais montre l'importance de ce sujet à cette époque avec notamment une politique de maintien à domicile qui « vise à éviter ou retarder l'hébergement définitif dans une institution telle que maison de retraite, unité de long séjour, hospice ». Ces nouvelles définitions apportent que le MAD n'est plus une finalité éthique mais a un réel but pour les citoyens français.

De nombreux rapports et avis sont publiés entre 1985 et 1995 sans réels mise en œuvre comme « Les problèmes médicaux et sociaux posés par les personnes âgées dépendantes » par le conseil économique et social en 1985 ou encore le rapport Schopfil « Dépendance et solidarités, mieux aider les personnes âgées ».

La seule nouveauté est le vote en 1997 de la loi créant la prestation spécifique de dépendance (PSD) visant à rémunérer des services à domiciles ou les surcoûts de certains établissements. Cette aide a eu peu de succès dû à possiblement un recours sur succession.

1.3.5 La politique autour du MAD au XXIème siècle

Le premier changement durant ce nouveau siècle fut la modification de la PSD en allocation personnalisée d'autonomie (APA) par la loi du 20 juillet 2001 qui est encore d'actualité. La rénovation de l'action sociale et médico-sociale a eu lieu en 2002 à travers une loi permettant de renforcer les droits des usagers avec notamment « un libre choix entre les prestations qui lui sont offertes ». Les personnes dépendantes ont quand même des droits que la loi leur garantit notamment le choix des prestataires et services. L'année de 2003 a été marquée par une canicule causant de nombreux décès mais aussi par l'annonce du projet de la création d'une nouvelle branche de protection sociale couvrant le risque de dépendance, promesse reprise de nombreuses fois courant les 20 dernières années sans réelle création.

En 2005, le plan Borloo fut instauré visant notamment à développer des emplois dans le service à la personne permettant la création du chèque service universel mais aussi de favoriser la formation et l'organisation de ces aides indispensables pour venir en aide aux personnes à leurs domiciles. Le 1^{er} janvier 2006, la création de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) fut officialisée qui a pour responsabilité de participer au financement de l'ensemble des aides mais aussi en tant qu'agence de définition et de coordination de la politique de compensation et de prévention de la dépendance. Cette caisse est à destination autant bien pour les personnes âgées que pour les personnes en situation de handicap.

Le plan Alzheimer fut étudié à partir des années de 2008 pour apporter des aides spécifiques pour la maladie et pour les malades. Peu de mesures furent mises en place ou alors ont échoués comme la mise en place des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) faute de financement n'ont pas été présentes sur l'ensemble du territoire. L'apparition de ces structures se fait conjointement au renforcement de la coordination gérontologique sur le territoire notamment après la publication de la loi Léonetti de 2005.

Une année plus tard, la loi hôpital, patients, santé et territoire (HPST) fut publiée avec notamment la mise en place des agences régionales de santé (ARS). Ces agences jouent un rôle dans les services de soins à domicile par la gestion et le financement mais aussi dans l'organisation de la conférence régionale de santé et de l'autonomie. Cette conférence est un groupe consultatif qui participe à la définition et à la mise en œuvre de la politique de santé régionale.

La loi de l'adaptation de la société au vieillissement de 2015 recentre l'objectif de la politique publique sur le vieillissement et rejoint le rapport Laroque. Dans la loi, la prévention prend une grande place tout comme les aidants familiaux avec une reconnaissance et des aides qui leur sont allouées. En effet, un forfait de 500 euros par an et par personne aidée est alloué pour financer un hébergement temporaire et des aides supplémentaires pour permettre aux aidants de se reposer ou prendre des vacances. La loi est construite en trois parties : l'anticipation de la perte d'autonomie (prévention), l'adaptation globale de la société au vieillissement (résidence autonome) et l'accompagnement des personnes dépendantes (revalorisation de l'APA, augmentation du nombre d'heures d'aide à domicile).

1.3.6 Les mesures depuis 2017

1.3.6.1 Projet de loi « Grand âge et autonomie »

Ces dernières années depuis le quinquennat du président Macron, les personnes âgées ont pris une place importante avec notamment un ministre délégué à l'autonomie et un secrétaire d'état chargé des personnes handicapées renforçant les personnes responsables de ces causes. En 2018, un débat public et une grande consultation sont lancées afin de préparer la loi « Grand âge et autonomie ». 175 propositions (2) sont remises au ministère de la santé et des solidarités afin d'assurer une politique forte et nouvelle du grand âge. Les propositions traitent sur l'ensemble des besoins autour de la dépendance : accompagnement, métiers du grand âge, la prévention, l'inclusion des personnes âgées dans la société ...

Parmi ces propositions, le pharmacien est cité à plusieurs reprises dans certaines propositions comme :

- Proposition 70 : déployer l'approche ICOPE de l'organisation mondiale de la santé (OMS)

Le programme de soins intégrés aux personnes âgées (ICOPE) est élaboré afin de réaliser de la prévention sur la dépendance et limiter le nombre de personnes dépendante ces prochaines années. Le programme se compose en cinq étapes : dépistage, évaluation, plan de soin personnalisé, fléchage du parcours de soins et suivi du plan d'intervention et de l'implication des collectivités et soutien aux aidants. Cette démarche permet un dépistage plus précoce afin de corriger et d'aider la personne avec un parcours personnalisé. Le dépistage se fait à partir de l'application mobile « Icope Monitor » qui évalue les six capacités fonctionnelles du corps humain : la mobilité, la mémoire, la nutrition, l'audition, la vision et le moral. La mission de dépistage et d'évaluation pourrait ainsi être délégué aux pharmaciens.

- Proposition 77 : enrichir les pratiques d'évaluation pour enclencher un suivi de l'évaluation fonctionnel de la personne, à domicile comme en établissement

Il est proposé d'intégrer et former les pharmaciens à ce dispositif permettant le MAD avec notamment l'intégration de nouveaux outils et des nouvelles technologies.

- Proposition 78 : mobiliser les conférences de financeurs pour généraliser les actions préventives à domicile et en établissement
- Autres propositions : instaurer un dépistage précoce de la dénutrition

Cette mission après une sensibilisation et une formation pourrait être attribué notamment aux professionnels de santé.

Les multiples propositions concernent les pharmaciens, acteurs de santé de proximité, avec souvent des actions de prévention et de dépistage comme le souhaite la loi de 2015.

1.3.6.2 La 5^{ème} branche de l'assurance maladie

Depuis le 1^{er} janvier 2021, la 5^{ème} branche de l'assurance maladie est entrée en vigueur après 20 ans d'annonce et de projet, à travers la loi du 7 août 2020 « loi relative à la dette sociale et à l'autonomie » (8). Cette création fait suite au rapport Vachey « La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement ». La création de la 5^{ème} branche de la sécurité sociale donne lieu à la prise en charge d'un nouveau risque social clairement identifié dû à une hausse prévisible des dépenses.

Rappelant que la mission de la sécurité sociale est de protéger les individus de diverses situations ou risques sociaux, existait déjà la maladie, la famille, les accidents du travail et maladies professionnelles et la retraite. Ce nouveau risque est ainsi clairement identifié et inscrit dans le code de la sécurité sociale. La gestion de cette branche est confiée à la CNSA (9) afin d'assurer la prise en charge de ce risque indépendamment de l'âge et de l'état de santé. Le but ultime de cette création est d'assurer une homogénéité sur l'ensemble du territoire des prestations et des services mais aussi d'améliorer le système d'accompagnement et de soin de la personne âgée.

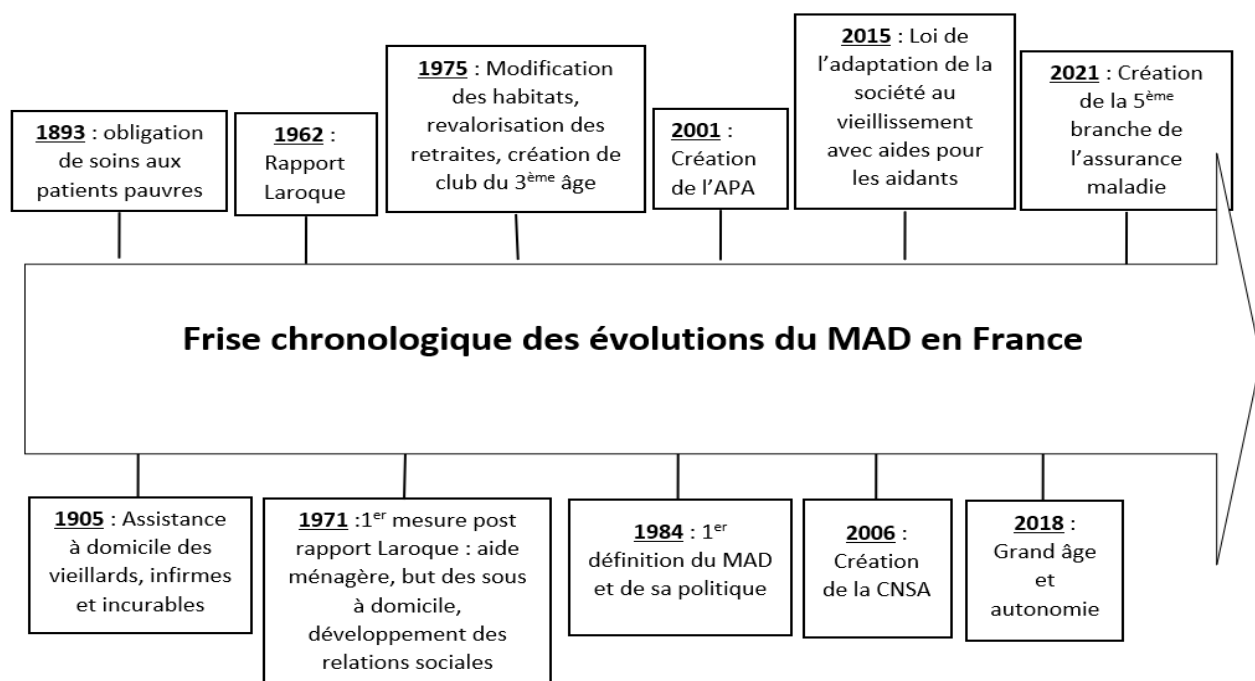


Figure 1 : Frise chronologique sur l'évolution du MAD et de sa politique en France

1.4 Les acteurs

Au vu de la définition exposée, deux éléments importants s'intègrent dans le MAD : le matériel et les services. Divers acteurs professionnels de santé ou non peuvent ainsi participer au MAD soit sur la partie matérielle ou les services ou encore les deux notamment par la coordination du système de MAD.

1.4.1 Les acteurs pour le matériel de MAD

1.4.1.1 Les pharmacies d'officine

Les pharmacies d'officine jouent un rôle dans le MAD comme l'indique lui-même de manière légale le code de la santé publique. Par exemple, l'article L.1411-11 (10) stipule que le pharmacien peut réaliser la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique. Le matériel de MAD sont des dispositifs médicaux que le pharmacien peut ainsi assurer la dispensation. A noter, que cette activité n'est pas exclusive aux pharmacies étant donné qu'elle est hors monopole pharmaceutique. La vente de ce matériel médical se fait avec ou sans ordonnance donnant le droit ou non à une prise en charge par la sécurité sociale. Cette mission est confortée par l'article L.5125-1-1A du code de la santé publique (CSP) (11) faisant suite à la loi HPST où les nouvelles missions sont inscrites dont proposer des conseils et prestations pour favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé de la personne.

1.4.1.2 Les prestataires de services et distributeurs de matériel

Les prestataires de services et distributeur de matériel (PSDM) sont les principaux concurrents des pharmacies pour ceux ne travaillant pas avec eux. En effet, certaines pharmacies peuvent sous-traiter leur activité en faisant appel à des PSDM. Leur rôle est de vendre ou louer le matériel de MAD au même titre que le pharmacien. Ces boutiques ne travaillant pas avec les pharmacies n'ont d'ailleurs pas que le domaine du MAD en concurrence mais aussi la partie sur l'orthopédie et les dispositifs médicaux d'incontinence notamment. A la différence des pharmaciens, ils ne possèdent pas d'une connaissance médicale notamment des maladies et de leurs conséquences aussi approfondies que les professionnels de santé. Cependant l'article L.5232-3 du CSP (12) précise que le personnel des PSDM doivent posséder « un diplôme, une validation d'acquis d'expérience professionnelle ou d'une équivalence attestant d'une formation à la délivrance de ces matériels ... ». Cette activité est ainsi encadrée par le code de la santé publique et de la sécurité sociale.

1.4.1.3 Rapport sur les PSDM et différence avec l'officine

Un rapport sur les missions des PSDM (13) fut publiée en janvier 2020 après celui de 2013 afin de faire le point sur l'évolution de l'activité et émettre des recommandations pour l'évolution des PSDM. Dans ce rapport est retrouvé qu'« un faible niveau d'exigences réglementaires pour exercer de PSDM » est nécessaire.

Ainsi, à l'échéance de 2022 un renforcement des compétences et des diplômes est demandé afin d'assurer une bonne prise en charge des patients. De plus les PSDM sont épinglés par « des dérives avérées liées aux effets des pratiques commerciales dans un contexte de forte concurrence ». Cette concurrence avec les pharmaciens est bien présente et se fait en dehors du cadre juridique élément reproché par les pharmaciens depuis plusieurs années au PSDM. Ce rapport demande ainsi pour 2020 de faire appliquer l'article 58 de la loi du 30 décembre 2017, c'est-à-dire la charte de qualité des pratiques professionnelles des personnes chargées de la présentation, de l'information ou de la promotion des produits ou prestations mentionnées à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.

Dans cette charte du comité économique des produits de santé (CEPS) l'encadrement de la publicité est retrouvé mais aussi la présentation des produits et services. Les patients ont le droit à l'information notamment des avantages et inconvénients ainsi que les conditions de prise en charge sans que ce dernier soit l'argument pour le choix du produit. Dans cette charte, le libre choix du distributeur de matériel est apporté avec la précision que le prescripteur doit s'interdire d'influencer le choix de l'intéressé et devra fournir un panel écrit de distributeurs pouvant répondre au besoin du patient. Ce panel doit être composé d'au moins trois distributeurs ainsi que le pharmacien correspondant quand celui-ci peut également répondre au besoin.

A noter que les PSDM n'ont pas les mêmes contraintes publicitaires que les pharmacies d'officines. En effet, pour ces derniers la publicité est encadrée par l'article R.5125-26 du CSP. La législation interdit les pharmaciens d'utiliser des moyens de communications extérieurs à la pharmacie (radio, magazine, journal) pour promouvoir leur activité de MAD à la différence des PSDM qui vont même faire du démarchage dans les hôpitaux.

1.4.2 Les acteurs pour les services de MAD

1.4.2.1 Présentation

Le principal acteur dans le cadre des services est le service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) (14) qui est un organisme dédié pour les personnes dépendant recherchant un maintien à domicile. Le SAAD propose différentes missions mais qui sont en lien avec les actes quotidiens de la vie et au soutien à domicile pour permettre une préservation, voire une restauration de l'indépendance pour les personnes ne présentant qu'une perte transitoire.

Avec ce service, aucun acte médical n'est réalisé, simplement une aide dans la réalisation des tâches quotidiennes qui ne peuvent pas être faits au vu du vieillissement ou de la(les) pathologie(s) des bénéficiaires. Ce service répond donc aux besoins d'hygiène corporelle via une aide à la réalisation de la toilette et également à l'hygiène environnementale par la réalisation du ménage de l'habitation ainsi que son entretien. De plus, une aide pour les repas peut être proposée, selon le degré de dépendance de la personne. Il s'agit d'aider à la réalisation des courses si la personne est capable de cuisiner, ou bien de réaliser la préparation des repas à domicile ou d'assurer une livraison de repas préparé lorsque la personne est incapable de réaliser cet acte.

Toutes les missions réalisées sont conduites par des auxiliaires de vie ou des aides-soignantes, accompagnant la personne dépendante à réaliser ces tâches quotidiennes qui sont indispensables pour que la personne reste à son domicile dans des conditions de vie acceptables.

1.4.2.2 Fonctionnement et financements

Le SAAD fait partie des services à la personne comme décrit dans le code du travail via l'article L.7232-1. Ce service regroupe toutes les activités à destination des individus dans le besoin d'aide dans leur vie quotidienne. Ainsi cela passe par l'aide des personnes âgées ou handicapées mais comprend aussi l'aide pour la garde d'enfant. Le service à la personne apporte différents types de service mais ne sont pas tous à destination du MAD. Ces différentes aides auront cependant un même fonctionnement au niveau juridique. Le bénéficiaire d'un service à la personne deviendra l'employeur de l'individu donnant le service ou alors fait appel à un organisme, une entreprise considérée comme étant un prestataire.

Les lois du code de travail encadrent ce service car il ouvre droit à des avantages fiscaux et sociaux dont l'utilisation des chèques d'emploi service universel (CESU) pour déclarer et rémunérer le salarié. Cela ouvre le droit à un crédit d'impôt (15) à hauteur de 50 % des dépenses, c'est-à-dire une diminution de l'impôt sur le revenu de ce crédit. Dans le cadre du SAAD, les personnes ont également le droit de faire appel à des aides financières comme tout service à la personne.

1.4.3 Les coordinateurs du MAD

La coordination du MAD stipule la personne étant en relation autour du patient pour assurer sa bonne prise en charge. Aucune personne n'a vraiment ce rôle actuellement dans le système de MAD. La coordination se fait par des personnes pouvant interagir avec les autres personnels notamment par leur qualité de professionnel de santé et ainsi de compétence médicale.

1.4.3.1 Les pharmacies d'officine

La loi HPST qui a modifié l'organisation médicale à l'hôpital comme en ville a donnée au pharmacien la capacité de réaliser la coopération entre les professionnels de santé. Cette coopération est possible grâce aux dernières innovations technologiques (dossier médical partagé, messagerie sécurisée) mais également une nouvelle organisation avec l'exercice pluriprofessionnel via les équipes de soins primaires (ESP), maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ou encore avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ces éléments permettent alors une prise en charge globale du patient et ainsi faciliter son parcours de soin.

1.4.3.2 Les médecins

Les médecins peuvent avoir le même rôle que les pharmaciens pour également les mêmes raisons d'autant plus qu'ils ont le droit de prescription facilitant l'acte de coordination auprès des différents patients. De plus, par sa capacité clinique, il est le professionnel de santé établissant le diagnostic de pathologie et connaît ainsi les conséquences notamment sur le point de la dépendance. Il est ainsi le premier professionnel de santé au courant de l'état de santé du patient avec les différents besoins qu'il peut avoir.

1.4.3.3 Les ergothérapeutes

L'ergothérapeute (16) est un professionnel de santé compétent pour étudier, concevoir et aménager l'environnement d'une personne au quotidien afin qu'elle puisse y vivre et avoir une certaine dépendance. Il fait appel à diverses ressources humaines, matériels, animal ... qui vont apporter des solutions durables au patient dans la vie courante. Par son analyse et la connaissance des besoins, il peut ainsi remplir le rôle de coordinateur en demandant des aides supplémentaires avec les autres professionnels et discuter ainsi pour le bien du patient. Cette action peut également se faire au sein des CPTS comme pour les pharmaciens.

1.5 Les chiffres sur le MAD et la location de lit médicalisé

1.5.1 Le coût du MAD en France

Les dépenses nationales pour aider les personnes en situation de dépendance en France sont assurées par la CNSA gérant la 5^{ème} branche de la sécurité sociale. Cet organisme participe au financement des aides individuelles mais aussi des établissements et services dont les personnes dépendantes ont besoin. Cette nouvelle branche de la sécurité sociale a un budget pour l'année 2021 de 32,2 milliards (9) afin d'assurer ces différents financements. Principalement, le budget est consacré à hauteur de 26 milliards au financement des établissements et service médico-social qui a fait plus que doubler en l'espace de 15 ans (11,8 milliards en 2006). Les prestations individuelles représentent 4,6 milliards pour notamment financer l'APA à hauteur de 2,7 milliards de dépenses annuelles.

Ce budget du CNSA est possible grâce aux recettes réalisées par la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution solidaire autonomie (CSA). La CSG est un impôt qui s'impose sur divers éléments comme les salaires, les pensions de retraites, les revenus de patrimoine ou de déplacement par exemple. La CSA est une cotisation patronale correspondant à la « journée de solidarité ».

Le coût annuel alloué par la sécurité sociale pour le remboursement du matériel médical est inconnue en l'absence de données disponibles. La seule donnée disponible est le coût pour les éléments de la LPPR (6,45 milliards d'euros) mais qui comportent aussi bien la location de lit médicalisé que d'aérosol ou le remboursement de pansement. Cependant, dans une enquête de l'INSEE (17), le coût annuel des dépenses en matériel médical (lit médicalisé, déambulateur, fauteuil roulant, potence, soulève-malade, matériel anti-escarres, collecteurs d'urine et sondes) a été étudié. Cette étude estime le coût annuel pour un patient de plus de 60 ans selon son niveau de dépendance définit selon le groupe iso-ressources (GIR) et l'existence ou non d'une affection de longue durée (ALD).

Les dépenses annuelles en matériel médical sont les suivants :

- GIR 1 et 2 : 1 040 €
- GIR 3 : 450 €
- GIR 4 ALD : 210 €
- GIR 4 non ALD : 180 €
- GIR 5 ALD : 120 €
- GIR 5 non ALD : 40 €
- GIR 6 ALD : 50 €
- GIR 6 non ALD : 10 €

Les dépenses en matériel médical sont ainsi évolutives au regard du niveau de dépendance. En effet, il est observé que le montant est croissant par rapport au niveau de dépendance. Une personne complètement indépendante (GIR 6) achète du matériel médical pour moins de 100 € alors qu'une personne totalement dépendante (GIR 1), le coût annuel s'élève à plus de 1 000 €. La notion d'ALD rentre en compte dans le niveau de dépenses étant donné que pour un même GIR, une personne avec une ALD dépense plus en matériel médical qu'une personne n'ayant pas d'ALD. Pour le pharmacien, la notion d'ALD est facilement identifiable et l'étude montre que le besoin en matériel peut être conséquent pour une personne.

Le marché du MAD est en croissance de manière significative avec une hausse annuelle d'environ de 7 % par an (18). Pour les pharmacies d'officines selon l'INSEE et le CEPS, 3 % du chiffre d'affaires des officines est représenté par le MAD soit environ 4,7 milliards d'euros annuels (19).

1.5.2 L'activité de location et achat de lit médicalisé

A partir des codes de la LPPR et des statistiques de l'assurance maladie (20) sur le remboursement de ces différents éléments, le nombre de locations annuel de lit médicalisé est ainsi obtenu. Deux paramètres sont étudiés à partir des informations ; le forfait d'installation soit le nombre de locations débuté durant l'année et le nombre de locations hebdomadaire donnant le nombre de semaines où un lit médicalisé a été loué à un patient.

En 2020, le nombre de forfaits d'installation facturé est de 265 943 représentant ainsi le nombre de patients ayant eu une primo-prescription d'un lit médicalisé pendant l'année. Pour le nombre de locations hebdomadaire en 2020, il a été comptabilisé 23 289 263 semaines de location d'un lit médicalisé en une année. A partir de ces chiffres, une estimation du nombre de semaines moyen du lit médicalisé est établie pour chaque patient. En effet, comme pour chaque nouvelle installation un forfait de livraison est facturé indépendamment de la location hebdomadaire. Le résultat obtenu est de 88 semaines soit un peu plus d'un an et 8 mois et ceux en supposant que l'installation s'est déroulée aussi en 2020 qui est plutôt peu probable au vu du résultat obtenu mais permet d'obtenir un ordre d'idée.

Les statistiques annuelles sont disponibles depuis 2016, permettant de réaliser une comparaison ces dernières années afin de connaître la situation de l'activité de location des lits médicalisés en France. Le nombre de forfaits d'installation (figure 2) est en progression depuis cinq ans avec une légèrement stagnation pendant trois ans.

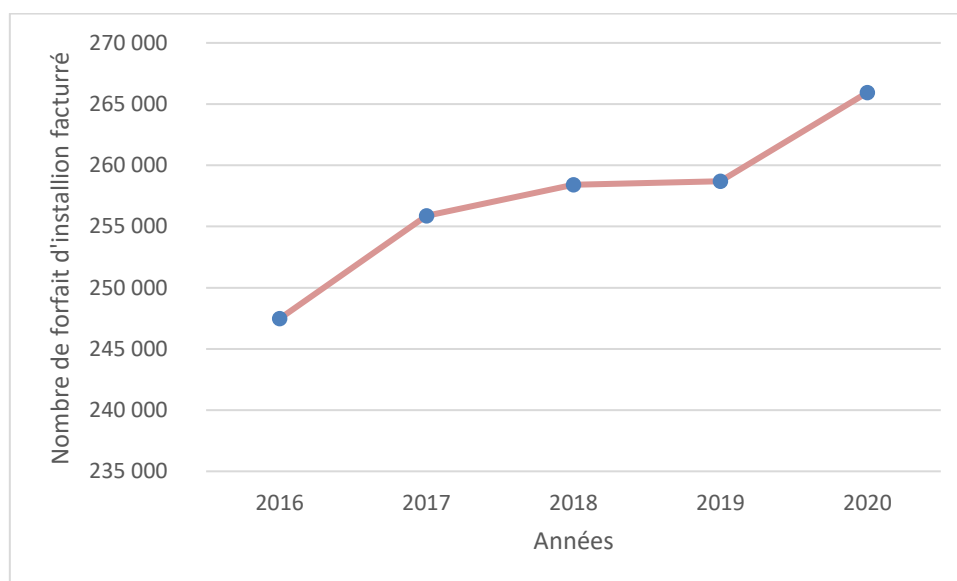


Figure 2 : Nombre de forfaits d'installation d'un lit médicalisé par an

Quant au nombre de locations hebdomadaire (figure 3), l'augmentation de l'activité est confirmée avec une croissance quasi linéaire en cinq ans. Ces données confirment le potentiel que représente l'activité de location et vente des lits médicalisés.

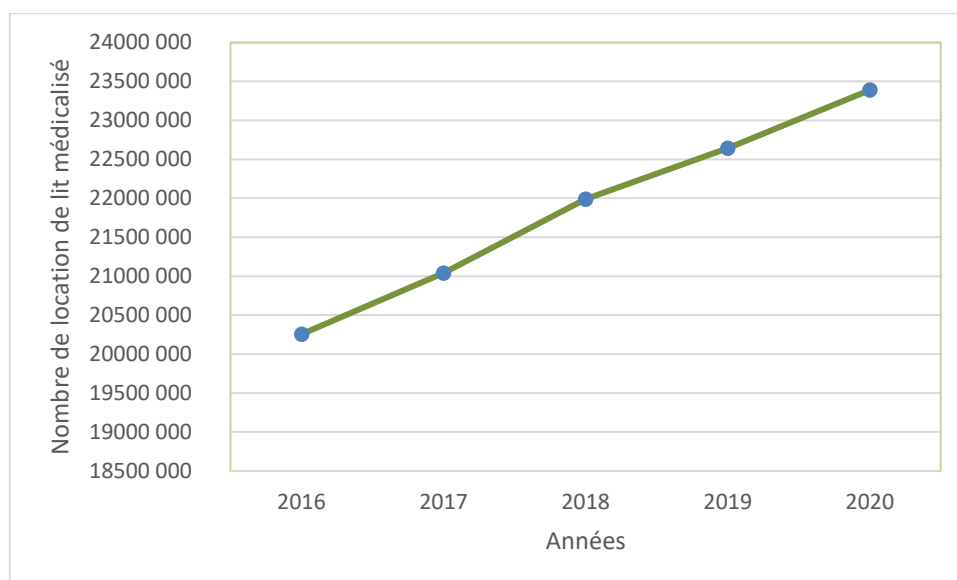


Figure 3 : Nombre de locations hebdomadaire d'un lit médicalisé par an

En termes de tarif en 2020, cela représente une somme de remboursement allouée pour la location de lit médicalisé de 351 288 146 euros pour une seule année. Ce chiffre est également en augmentation depuis plusieurs années malgré une baisse de certains tarifs de remboursement. A noter, qu'avec ce chiffre et le nombre d'installations par an, la somme remboursée pour un lit médicalisé serait aux alentours de 1 320 euros de chiffres d'affaires supplémentaires pour uniquement un lit médicalisé sans matelas.

1.6 Les aides pour le MAD

Par le coût très important que peut représenter le MAD, de nombreuses aides financières ont été instaurées pour aider les personnes bénéficiaires. L'ensemble des aides pouvant être attribuées à une personne sont présentées dans la partie suivante.

1.6.1 L'allocation personnalisée d'autonomie

1.6.1.1 Présentation de l'aide

L'APA (21) est versée par le conseil départemental du lieu de résidence. Il faut résider en France et ceux de manière régulière et stable pour pouvoir éventuellement obtenir cette aide. Il s'agit d'une aide à destination des seniors c'est-à-dire des personnes âgées de 60 ans et plus qui présentent une dépendance. Celle-ci est évaluée à partir de l'autonomie gérontologique groupes iso-ressources (AGGIR) qui donne après évaluation un GIR. Pour obtenir cette aide, il faut avoir un GIR compris entre 1 et 4. L'âge, le lieu de résidence et le niveau de dépendance sont trois critères étudiés pour l'octroi de cette aide.

Il existe deux types d'APA et ceux compte tenu du lieu de résidence, l'APA à domicile pour aider à rester chez soi malgré la dépendance et l'APA en établissement pour payer une partie du tarif dépendance fixé par l'EHPAD. L'APA à domicile est la seule aide développée au vu du type de la population étudiée.

C'est à la charge de la personne ou de son entourage de faire la demande d'APA en renseignant un dossier et de l'envoyer à son conseil départemental. Après vérification du dossier et notamment des conditions, une visite d'évaluation est organisée par le service du conseil départemental pour évaluer le GIR et observer l'environnement du malade. Cette visite permet de valider le dossier et d'établir un plan d'aide avec une estimation financière de celui-ci.

L'APA à domicile va permettre le financement du plan d'aide qui peut prendre en compte : les prestations d'aide à domicile, le matériel, les dispositifs pour l'hygiène, l'aménagement du domicile, le portage des repas, un accueil temporaire, les dépenses de transport ou encore les services rendus par un accueillant familial.

1.6.1.2 Montant de l'APA

Le montant de l'APA va dépendre de l'évaluation du plan d'aide et de son coût, des revenus (dont celui du concubin) et du GIR. Aucune condition de revenu existe mais, le montant alloué dépend de celui-ci. Ce montant est encadré par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Si les revenus sont inférieurs à 813,39 €/mois, le bénéficiaire n'aura aucune dépense à assurer pour la mise en œuvre du plan d'aide. Lorsque le revenu se situe entre 813,39 € et 2995,53 €/mois, le montant est variable et la prise en charge varie de 10 à 100 % du plan d'aide. Il sera défini surtout en fonction du montant du plan d'aide. Enfin, quand le revenu est supérieur à 2 995,53 €/mois, il restera 90 % du montant du plan d'aide à la charge du patient.

Cependant, il existe un montant maximal mensuel pour chaque GIR. Le plafond pour les différents GIR 1, 2, 3 et 4 sont respectivement de 1724,34 ; 1399,03, 1010,85 et 674,27 euros par mois.

1.6.2 Les aides des caisses de retraites

Les caisses de retraites (22) comme l'assurance retraite et la mutualité sociale agricole (MSA) proposent des aides à destination des retraités dépendants. Ses aides sont versées uniquement aux personnes qu'ils ne sont pas éligibles à l'APA ou à la prestation de compensation du handicap (PCH).

Les caisses de retraites développent et proposent d'abord des actions de prévention et d'information pour éviter ou ralentir une dépendance. A titre d'exemple, la MSA (23) propose différents ateliers à destination des seniors pour qu'ils adoptent des comportements favorables à la santé et ainsi être indépendant le plus longtemps possible. Les différents ateliers proposés comporter en 2019 sur les thèmes suivants : nutriments santé seniors, équilibre et prévention des chutes, bien vieillir et vitalité.

Ces caisses proposent également pour la personne ayant une dépendance des aides financières et matérielles. Il est retrouvé les aides pour les actes de la vie quotidienne (réalisation des repas, entretien du linge ...), sécuriser son quotidien (télé alarme, hébergement temporaire ...) ou encore permettre de sortir de son domicile.

L'assurance retraite (24) propose notamment dans ses actions sociales, l'aide « Bien vieillir chez soi » qui propose ainsi l'ensemble de ses aides. Au même titre que la demande d'APA, il faut remplir un dossier pour d'abord connaître son éligibilité et ensuite déterminer le montant. En effet, dans le cadre de cette aide, il est indiqué qu'il faut être un retraité indépendant mais avec une situation de fragilité. De plus, le montant est déterminé selon un barème propre à la caisse qui prend en compte les revenus du bénéficiaire ou du conjoint.

1.6.3 Les aides extralégales des mairies ou des conseils départementaux

Certaines mairies et conseils départementaux outre les obligations légales de participer aux aides sociales des personnes âgées peuvent allouer d'autres aides financières. En effet, il est relevé que certaines mairies participent à des aides financières dans le cadre de frais exceptionnels, pour payer certaines factures, participer au système de téléassistance, portage de repas ou alors une aide en nature.

Au niveau des aides extralégales des conseils départementaux, la possible annulation de l'obligation alimentaire peut être retrouvée pour les petits-enfants dans le cadre des frais d'hébergements. En effet, il existe une obligation alimentaire en France afin d'aider en nature ou de manière matérielle les personnes de sa famille dont les frais d'hébergements. En dehors de l'APA, ils peuvent également participer au frais d'hébergement temporaire, de l'accueil de jour ou encore au transport.

1.6.4 La prestation compensatrice du handicap

La PCH (25) est une aide financière à destination des personnes atteinte d'un handicap. Les conditions d'attributions sont l'âge ; inférieur à 60 ans lors de la première demande, les ressources, le logement ainsi que la dépendance. Cette dépendance se justifie par une difficulté dite totale dans une activité de la vie quotidienne indispensable comme la toilette ou alors d'au moins deux difficultés graves. L'aide est versée par le département au même titre que l'APA. Les aides peuvent être de type humaine, technique, aménagement du domicile, pour le transport, animalière et enfin spécifique ou exceptionnelle. Entre autres lors d'une prise en charge à taux plein, une prise en charge à 100 % est alloué dans la limite de 3 960 euros en trois ans pour les aides matérielles figurant à la LPPR. Pour ceux ne figurant pas sur la liste, la prise en charge se fait à hauteur de 75 % avec les mêmes conditions de limites. Dans l'aide au transport, l'aménagement du véhicule peut être indemnisé au maximum de 1 500 euros. L'aide est attribuée à vie si l'état de santé ne s'améliore pas sinon la durée minimale est d'un an.

1.7 Les autres systèmes d'assistance à domicile

Le maintien à domicile auparavant exposé n'est pas le seul moyen d'aide pouvant intervenir chez une personne malade ou handicapée prise en charge à son domicile. Il faut faire la distinction entre le maintien à domicile et ces autres systèmes étant donné qu'ils sont souvent complémentaires mais ne font pas intervenir les mêmes personnes. De plus, ces différents systèmes d'assistance à domicile ne sont pas à destination du même type de patient. Le pharmacien n'aura pas le même rôle à jouer dans ces différents services et peut même dans certains cas n'être pas du tout concerné voire écarté par le système.

1.7.1 Les aides et soins à domicile

Les aides et soins à domiciles (14) regroupent tous les services à la personne qui peuvent être semblables aux services décrit précédemment dans la définition du MAD. En effet, ces services sont multiples et ont un champ d'action très large. Cependant, ces aides sont souvent essentiels pour le bien-être corporel et environnemental du patient (26). La différence est que les aides et soins à domicile ont une organisation précise avec différents systèmes alors que le MAD est plutôt un objectif d'un système qui n'existe pas forcément sans organisation purement bien définie.

1.7.1.1 Le service polyvalent d'aide et des soins à domicile

Ces services d'aides et de soins à domicile peuvent être dispensés globalement par un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Ce service regroupe ainsi deux entités différentes, c'est-à-dire le SAAD et le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Chaque type de services possède ses spécificités, ses missions et ses acteurs. L'intérêt de ce service global et de limiter le nombre d'interlocuteurs via un seul organisme pour des services différents. Cela sera alors beaucoup plus simple pour le patient et permettra une meilleure coordination des aides, si les deux types de services doivent intervenir pour le même patient. Nous considérons que le SAAD relève plus du maintien à domicile au vu de son intérêt pour le patient même si dans les textes et au niveau organisationnel, il est retrouvé dans les aides et soins à domicile par manque d'organisation et de définition claire du MAD.

1.7.1.2 Le service de soins infirmiers à domicile

Le SSIAD propose un service médical apporté par des infirmiers pour des soins ne relevant pas d'une hospitalisation dans un établissement ou à domicile. Ces soins sont effectués sous une prescription médicale que cela soit des soins techniques ou des soins de base et relationnels. En général, des soins et des suivis de plaies sont réalisés dont seul un infirmier peut prendre en charge cet acte mais des soins de nursing sont également possibles.

Le pharmacien à l'occasion de ce service jouera seulement un rôle de dispensation de dispositifs médicaux pour les soins d'infirmiers s'ils ne sont pas fournis directement par le SSIAD. Il sera retrouvé essentiellement les éléments de prise en charge des plaies avec les pansements notamment, il s'agit alors d'acte ordinaire de délivrance et de conseil. Il faut cependant saisir l'occasion pour essayer d'évaluer un besoin en matériel médical qui pourrait être bénéfique au patient.

Ce service ne fait donc pas partie du MAD étant donné qu'il apporte des soins et non un service intervenant sur l'environnement du patient. Ce service peut donc intervenir chez une personne totalement dépendante mais qui a besoin d'un professionnel de santé pour sa prise en charge médicale.

1.7.2 L'HAD

L'hospitalisation à domicile (HAD) (27) est également un service retrouvé au domicile du patient et à ne pas confondre avec le MAD car il s'agit ici d'un service de soin beaucoup plus médical. L'HAD répond à un problème de santé publique est plus précisément dans ce cas, au manque de lit d'hôpital qui génère actuellement un engorgement des hôpitaux ne pouvant plus soigner l'ensemble des malades. Ce service permet d'apporter une solution à ce problème en évitant la création de nouvelle place dans ses structures et donne une diminution du coût de prise en charge. En plus de l'intérêt économique et sanitaire, un intérêt psychologique pour le patient est retrouvé comme il est à son domicile malgré la présence de maladies et permet de retarder au maximum l'entrée à l'hôpital.

L'HAD propose ainsi la même prise en charge qu'à l'hôpital avec les mêmes professionnels mais en déplaçant le lieu de prise en charge. Une équipe pluridisciplinaire pilotée par un médecin coordinateur est constituée pour la prise en charge du patient. Des soins médicaux qui ne peuvent pas être pratiqués par une infirmière seule sont dispensés aux patients dans le cadre du SSIAD par exemple. Les éléments majoritairement retrouvés dans le cadre du HAD sont la prise en charge de pansements complexes et soins spécifiques ou encore des soins palliatifs représentant plus de 50 % des motifs de HAD. Il faut noter que dans le fonctionnement, le coordinateur est toujours salarié du service d'HAD cependant les autres professionnels de santé peuvent être des personnels libéraux qui vont intégrer l'HAD pour le besoin de la prise en charge d'un patient. Les établissements HAD peuvent se présenter sous trois formes juridiques : statut public où l'établissement sera l'hôpital, sous forme d'association loi 1901 à but non lucratif ou encore une structure à but lucratif.

La prise en charge financière se fait comme pour une hospitalisation à savoir par l'assurance maladie et les complémentaires santé. Le coût est indiqué par la tarification à l'activité (T2A) fixée spécifiquement à ce service par le ministère de la santé.

Concernant l'intervention du pharmacien au sein de ce service, cela se fait comme dans le SSIAD avec éventuellement la délivrance de dispositifs médicaux et/ou des médicaments. Cependant de nombreux organismes d'HAD possèdent des pharmacies à usage intérieur (PUI) excluant complètement le pharmacien d'officine. Le pharmacien est ainsi complètement mis de côté pour la prise en charge du patient au même titre que lors d'une hospitalisation mais qui tend à s'améliorer dans ce cadre avec le développement de la conciliation médicamenteuse demandée par la haute autorité de santé (HAS). Les infirmières libérales se retrouvent également dans la même position en général, car l'établissement a son propre personnel. Cette pratique met un frein au rôle que joue le pharmacien dans le MAD comme le patient est présent à son domicile et peut ainsi avoir besoin de matériel, d'analyse ou de conseil de la part de ce professionnel de santé. Ceci n'est ainsi pas possible par cette mise hors contact et donc d'un non suivi. Le patient est totalement privé de son libre choix des prestataires et des intervenants comme à l'hôpital, la différence avec ce dernier réside seulement dans le lieu d'exercice.

2 Le lit médicalisé

2.1 Définition

Un lit (28) est défini comme étant un meuble destiné au coucher, formé généralement d'un matelas et d'un sommier posé sur un cadre ou des pieds, et que l'on garnit de draps, de couverture. Il a la particularité d'être médicalisé (29) c'est-à-dire qu'il est doté de moyens de surveillance médicale et fait bénéficier de soins médicaux. Ainsi un lit médicalisé n'est pas un matériel anodin étant donné qu'il s'agit d'un élément intervenant dans le champ de la médecine. Il permet d'apporter un bénéfice pour les patients en prévenant, aidant ou en traitant les maladies par extension.

2.2 Généralités

Le lit médicalisé par son intervention dans le domaine médical est considéré comme étant un dispositif médical (DM). Les dispositifs médicaux (30) regroupent tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci.

Le DM destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont peut être assistée par de tels moyens. Cette définition des dispositifs médicaux justifie totalement le fait de l'inscription des lits médicalisés au sein de cette catégorie et nous donne une définition plus scientifique d'un lit médicalisé. Cela montre que ce matériel comporte des caractéristiques différentes d'un lit normal et ne peut se substituer notamment par l'apport de biens faits médicaux. Il est donc destiné à des personnes malades ou présentant un handicap et dont l'utilisation d'un lit normal n'est pas adaptée

Les dispositifs médicaux sont divisés en différentes catégories (31) selon leur niveau de risque global, leur stérilité ou non et le lieu d'utilisation, les lits médicalisés appartiennent à la classe 1.

2.3 Réglementation

2.3.1 Réglementation des dispositifs médicaux

Compte tenu de son inscription aux DM de classe 1, le lit médicalisé est assujéti à une réglementation afin de pouvoir être commercialisé. En premier lieu, il doit présenter le marquage Communauté Européenne (CE) (32), marquage obligatoire pour tous les éléments qui sont soumis à une ou plusieurs réglementations européennes. Respectant la législation européenne, le DM pourra être librement commercialisé et avoir une libre circulation au sein de l'union européenne. L'ensemble des dispositifs médicaux et les lits médicalisés par extension doivent respecter la réglementation européenne 2017/745 (33) afin d'obtenir ce marquage.

Ainsi tout fabricant de lit médicalisé réalise une auto-certification en contrôlant et en réalisant des essais pour assurer la conformité de son produit. Cette réglementation concerne ainsi tous les dispositifs médicaux, néanmoins le lit médicalisé doit respecter aussi au niveau national des normes de fabrications afin de garantir au produit une bonne fonctionnalité et une grande sécurisation.

2.3.2 Norme des lits médicalisés

Actuellement, les lits médicaux doivent respecter les normes : NF EN 60601-1 édition 3, NF 60601-2-52 édition 1, NF EN 60601-1-2 édition 3 ou 4 et NF EN 60601-1-11 édition 1 (34). Il s'agit de normes françaises mais également européennes. Ces normes sont régulièrement modifiées, en fonction notamment des évolutions technologiques mais surtout de la matériovigilance afin d'améliorer la sécurité des patients et de réduire tous les risques d'accidents liés à leur utilisation.

2.4 La matériovigilance

L'Agence Nationale de Sécurité du Médicaments et des produits de santé (ANSM) (35) a en charge de mener la matériovigilance en France. La matériovigilance est la surveillance de l'ensemble des dispositifs médicaux après leur mise sur le marché possédant le marquage CE ou non dont le lit médicalisé. Ce dispositif permet d'éviter que ne se produisent ou se reproduisent des incidents et risques d'incidents graves en prenant des mesures préventives et/ou correctives appropriées. Ainsi, lors de la survenue d'un effet indésirable, incident ou risque d'incident grave, les professionnels de santé dont le pharmacien doivent les signaler auprès de la matériovigilance. La déclaration se fait à partir du cerfa n°10246 disponible sur le site de l'ANSM. Cette déclaration est également possible par les usagers et est fortement recommandée afin d'améliorer le dispositif médical en modifiant les normes françaises.

2.5 Description

2.5.1 Le lit médicalisé

2.5.1.1 Généralités

Le lit est un meuble dédié pour dormir et dont toute personne passe plusieurs heures chaque jour. Avec l'âge et la vieillesse celui-ci peut devenir un refuge et doit ainsi être adapté à son état de santé notamment pour les personnes présentant un handicap, une maladie ou une convalescence de courte ou longue durée nécessitant un alitement. Le lit médicalisé (36) est donc un dispositif avec des fonctions particulières et fait pour ces patients mais également pour les professionnels intervenants auprès de ces personnes.

Ce lit est composé d'un sommier avec les dimensions suivantes : une largeur comprise entre 90 et 120 cm et une longueur de 2 m. Il peut supporter une masse maximale de 135 kg. Ces lits sont disposés sur quatre roulettes pivotantes, pour faciliter un éventuel déplacement du lit, avec freins, et sont pliables ou démontables pour faciliter la manutention lors de l'installation, du transport et du retrait de ce matériel.

Pour être considéré comme un lit médicalisé celui-ci doit au moins comporter les deux fonctions suivantes, à savoir une hauteur variable et un relève buste (figure 4), avec un fonctionnement obligatoirement électrique. L'ajustement de la hauteur et du relève buste sont réalisés par l'intermédiaire d'une télécommande, permettant un contrôle relativement simple par le patient, par l'entourage ou les soignants.



Figure 4 : Lit médicalisé avec la fonction hauteur variable et relève buste (Handipharm)

2.5.1.2 La hauteur variable

Le lit possède une hauteur variable grâce à un système de monter et descente du sommier. La hauteur du sommier varie entre 30 cm et 90 cm par rapport au sol et permet d'assurer le transfert et la manutention des personnes à moindre risque. La position basse sera privilégiée pour un transfert du patient dans un fauteuil roulant par exemple, mais aussi pour se relever du lit plus facilement, ou pour réaliser à l'inverse le coucher. Cependant, la position haute est plutôt à destination des soignants car elle facilite leur travail, en évitant de se baisser. Cette disposition permet de travailler debout et d'éviter tout risque de blessure au niveau dorsale dû à la plicature et au portage.

Les lits avec la fonction proclive-déclive (37) sont interdits d'être utilisés à domicile, comme l'utilisation de ces positions est un acte médical. Ainsi en cas de lit présentant cette fonction, elle doit être désactivée pour qu'elle soit non accessible au patient et à son entourage. La position proclive permet d'obtenir les membres inférieurs plus bas que la tête et inversement pour la position déclive. Ainsi lorsque ces fonctions sont disponibles le patient n'est plus sur un plan horizontal mais penché vers l'arrière ou l'avant. Cependant un lit avec une fonction proclive peut être utilisé mais sans la fonction déclive afin de pouvoir réaliser une position de type fauteuil via un abaissement de la partie supportant les jambes.

2.5.1.3 Le relève buste

Le relève buste permet de positionner le malade dans une position assise au sein du lit. Cette position est privilégiée quand une personne est dans un lit mais ne dort pas, mais aussi la nuit pour permettre une meilleure respiration indispensable pour certaines pathologies. Cette situation permet de réaliser différentes activités comme regarder la télévision, effectuer une activité manuelle, parler ou encore prendre un repas. Cela se fera dans une position confortable, libérant les gestes et facilitant également la respiration et la parole. Cette fonction a aussi un intérêt pour le personnel soignant car diminue le portage du buste du soignant lors du lever ou des gestes de soins, évitant ainsi toute pénibilité et épuisement. A noter d'un point de vue réglementaire, que l'angle entre le relève buste et la partie supportant les cuisses doit toujours être supérieure à 90° pour éviter toute compression abdominale. Ainsi le relève buste a un basculement vers l'avant limité par cette norme.

2.5.1.4 Le relève jambe

Il existe un autre élément qui peut être retrouvé sur un lit médicalisé, la fonction relève jambe. Cette fonction a deux modes de fonctionnement, manuel ou électrique, et reste la plupart du temps optionnelle. Cependant, pour les lits où le relève jambe est obligatoire, il devra être à fonctionnement électrique. Cette notion dépend du type de lit médicalisé. Le relève jambe existe avec ou sans plicature des genoux c'est-à-dire qu'il est rajouté un troisième voir un quatrième plan au sommier. De base le lit médicalisé a un sommier avec deux plans ; un plan pour le relève buste et un autre plan pour le reste du sommier. Ici pour réaliser la fonction relève jambe à savoir les jambes plus hautes que le bassin, un troisième plan se dessine c'est-à-dire que le deuxième plan est divisé en deux avec une partie immobile (partie du bassin, deuxième plan) et une partie mobile (jambe, troisième plan). S'il y a une plicature des genoux, le troisième plan se divise en deux pour obtenir un sommier à quatre plans avec une division au niveau des genoux donnant une surélévation des cuisses et un abaissement des jambes. Elle peut être manuelle ou non via une crémaillère dans le cadre du lit standard. Cette fonction peut être obtenue par l'utilisation d'un coussin à placer sur le lit. Cette option a une utilité pour le patient en facilitant la circulation sanguine jouant ainsi sur son état de santé en améliorant certains symptômes ou pathologies et cela permet d'améliorer son positionnement dans le lit. Un intérêt pour le personnel soignant est observé pour faciliter les déplacements et les éléments de relevage du malade.

2.5.2 Les spécificités de certains lits

D'autres lits médicalisés, différents du lit standard précédemment décrit, existent également. Ils présentent des fonctions particulières permettant une adaptation à des spécificités morphologiques, pathologiques ou physiologiques du patient.

2.5.2.1 Le lit pour personne désorientée

Pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles cognitifs, un lit médicalisé leur est indiqué et présente la particularité d'avoir une hauteur variable plus basse (figure 5). En effet, la hauteur varie entre 19 et 28 cm ce qui permet de minimiser les blessures en cas de chute du lit. Ces lits sont pleinement adaptés à leur physiopathologie où ces personnes ont une grande envie de déambulation et présente de graves troubles cognitifs expliquant le fait de vouloir sortir fréquemment du lit. Il peut être également conseillé de positionner un matelas au sol pour minimiser encore plus le risque de blessure en amortissant la chute. De plus, il est recommandé de positionner le lit contre un mur pour obtenir un seul côté de descente afin de mieux contrôler le côté restant.

Faible hauteur du
sommier



Figure 5 : Lit médicalisé pour personne désorientée (Handipharm)

2.5.2.2 Le lit pour personne à forte corpulence

Pour les patients présentant une masse supérieure à 135 kg, un lit médicalisé est adapté à leur morphologie pour assurer la sécurité du patient et également son confort. En effet, il sera plus résistant comme réglementairement il doit résister à une masse minimale de 200 kg. Il présente aussi une modification de la largeur du sommier qui doit être au minimum de 110 cm pour que le patient soit installé correctement dans le lit et soit capable de réaliser ces mouvements de la vie quotidienne sans difficultés.

2.5.2.3 Le lit pour enfants de 3 à 12 ans

Pour les enfants, le lit médicalisé doit être adapté à leur morphologie. Des lits spécifiques pour les enfants âgés entre 3 à 12 ans existent, au-delà un lit médicalisé standard peut être dispensé. Le lit aura des dimensions particulières à savoir une largeur de 70 à 80 cm et une longueur de 160 à 170 cm. De plus, il faut que le lit descende à une hauteur minimale de 30 cm pour que l'enfant puisse toucher le sol assez facilement s'il veut quitter le lit médicalisé et éviter ainsi toute chute et faciliter son lever via un appui au sol. Dans le cas des lits médicalisés pour les enfants, les trois fonctions, relève buste, hauteur variable et relève jambe avec ou sans plicature des genoux, doivent être obligatoirement présentes et à fonctionnement électrique. En réalité, le choix du lit pour les enfants se fera surtout en fonctionnement de leur morphologie, taille et poids, et des caractéristiques du lit et non uniquement selon l'âge. Ce type de lit est réservé surtout pour une taille inférieure à 146 cm.

2.5.2.4 Le lit médicalisé double

Le lit médicalisé double (figure 6) comporte deux places de couchage avec les mêmes caractéristiques qu'un lit médicalisé standard. Le lit a une dimension qui est seulement modifiée pouvant être de 140 ou 160 cm de largeur et de 200 cm de longueur. Il ne faut pas que les 2 occupants soient en situation de dépendance pour en bénéficier, un utilisateur suffit pour avoir une prise en charge. Ce lit permet au couple de continuer à dormir ensemble malgré la situation médicale de l'un ou des occupant(s). Le lit est composé cependant de deux sommiers différents permettant leur fonctionnement électrique de manière indépendante. Ainsi, chaque occupant pourra contrôler la position de son buste voir des jambes mais la hauteur du lit sera identique comme le lit est d'un seul bloc.



Figure 6 : Lit médicalisé double (Orkyn)

2.5.3 Les risques du lit médicalisé

Le lit médicalisé n'est pas un objet anodin et dont il faut connaître des règles d'utilisations car des dysfonctionnements et accidents peuvent subvenir (38). Tous ces accidents doivent être signalés à la matériovigilance pour permettre une remontée d'information et permette éventuellement une modification des réglementations sur le lit médicalisé.

2.5.3.1 Dysfonctionnement des vérins

Tout d'abord, le premier risque est lié à la présence de vérins électrique permettant le fonctionnement du relèvement buste, du relèvement jambe et de la hauteur variable par leur action mécanique. Il s'agit d'une pièce sensible qui subit de nombreuses sollicitations avec des charges à soulever donnant lieu à une forte résistance. Le risque est présent lors de la défectuosité des vérins qui provoquera alors une chute brutale de l'élément contrôlé par ce vérin. Ce dysfonctionnement pourra provoquer une chute du lit en position basse conduisant à un écrasement ou à un piégeage d'une personne présente à proximité, mais également une conséquence physique pour le patient présent dans le lit. Ces mêmes conséquences sont retrouvées aussi pour la chute du relèvement buste ou du relèvement jambe. Dans la prévention de ce risque, il faut respecter l'entretien annuel du lit et signaler tout dysfonctionnement de ce système.

2.5.3.2 Risque électrique et d'incendie

Le deuxième risque d'un lit médicalisé est la survenue d'un incendie. Le risque de déclenchement d'incendie est présent lors d'un dysfonctionnement électrique, source d'énergie du lit, via une détérioration des câbles électriques. La deuxième cause de déclenchement la plus retrouvée est un acte involontaire du patient en fumant au lit à cause de son immobilité, l'obligeant à fumer dans son lit. Ce risque est retrouvé avec le câble de la télécommande qui est souvent manipulé et peut être cisailé par la manipulation des barrières de lit. Pour prévenir ce risque, il faut respecter les règles d'installation et d'entretien des lits médicalisés et toujours en informer le patient et/ou son entourage de ce potentiel risque pour appeler à sa vigilance. De plus, il est nécessaire de rappeler l'obligation d'avoir au sein de son habitation un détecteur de fumée fonctionnel accroché au plafond pour permettre une mise en alerte du patient et de l'entourage en cas de survenue d'un incendie.

2.6 Prescription

La délivrance en pharmacie d'un lit médicalisé nécessite la présentation d'une ordonnance pour pouvoir prétendre à un remboursement de la part de l'assurance maladie. Cette prescription se fait sur une ordonnance classique respectant les règles de prescriptions selon l'article R165 du code de la sécurité sociale. Il n'existe aucune restriction concernant le prescripteur. Ainsi l'ensemble des spécialités médicales peuvent réaliser cet acte à l'exception des kinésithérapeutes et des infirmiers qui ne peuvent pas prescrire l'achat ou la location d'un lit médicalisé. Cependant, les kinésithérapeutes et les infirmiers peuvent prescrire les matelas dont ceux à prévention d'escarres. L'ordonnance devra comporter les éléments suivants : taille, poids, âge et pathologie particulière. En effet ces éléments sont indispensables pour choisir le lit médicalisé adapté aux patients. L'ordonnance est souvent formulée de la manière suivante : « L'état de santé de madame ou monsieur X, nécessite la délivrance à la location d'un lit médicalisé ... (précision du type du lit ou alors le profil du patient) ...pour une durée de X mois ». Sur cette même ordonnance, la notion du besoin de certains accessoires peut être retrouvée étant donné qu'ils sont dispensés seulement en cas de besoin mais également le type de matelas à dispenser.

2.7 Remboursement

2.7.1 Généralités

Les lits médicalisés sont inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) par l'assurance maladie. Ainsi, il existe un remboursement de la location ou de l'achat d'un lit médicalisé justifiant la nécessité d'une prescription médicale. Cependant ces remboursements se font selon divers critères décrits dans cette liste. En effet, les lits médicalisés sont pris en charge uniquement s'il y a respect de leur indication qui est la perte ou l'absence d'autonomie motrice qui peut être aiguë et transitoire ou définitive—chaque médecin doit pouvoir le justifier. Le remboursement se fait seulement pour les lits inscrits sur la LPPR car respectent les normes en vigueur et les caractéristiques nécessaires pour le bien du patient.

2.7.2 La liste des produits et prestations remboursables

Les lits médicalisés dans la LPPR sont présents dans le titre I (DM pour traitements, aide à la vie, aliments et pansements), chapitre 2 (DM de MAD et d'aide à la vie pour malades et handicapés), section 1 (lits et matériels pour lits) et sous-section 1 (Lits et accessoires). Les tarifs de remboursement pour la location et l'achat de lit sont répertoriés mais aussi les prestations de livraison ou réparation ainsi que les accessoires comme le matelas. L'ensemble des produits et prestations remboursables les plus utilisés pour l'activité de MAD autour du lit médicalisé avec la base remboursement sont présentés dans le tableau I (39). A noter que depuis le 1^{er} juillet 2021, l'utilisation des codes génériques doit être remplacée par les codes individuels spécifiques à chaque fabricant comme le prévoit l'article L.165-5-1 du code de la sécurité sociale.

Tableau I : Extrait de la LPPR des codes, intitulés et base de remboursement pour l'achat et la location d'un lit médicalisé

<u>Code LPP</u>	<u>Intitulé du code LPPR</u>	<u>Base de remboursement</u>
1241763	Lit standard, location hebdomadaire, lit et accessoires	12, 60 €
1283879	Lit enfant, location hebdomadaire, lit et accessoires	25,00 €
1249523	Lit plus de 135 kg, location hebdomadaire, lit et accessoires	24, 00 €
Code LPP dépendant de la marque du lit	Lit spécifique, achat, lit et accessoires	1 030, 00 €
1270316	Achat du lit et de ses accessoires à l'exclusion des barrières	933, 60 €
Code LPP dépendant de la marque du matelas	Achat matelas simple	85, 00 €
1274047	Forfait de livraison du lit standard ou enfant et de ses accessoires	230, 00 €
1215702	Forfait de livraison du lit + 135 kg et de ses accessoires	280, 00 €
1278281	Achat de 2 barrières sur justification médicale	209, 31 €

Dans les intitulés la notion d'accessoire est retrouvée, il est sous-entendu la prise en compte dans le forfait des éléments suivants : deux barrières, une potence et un pied à serum. Tous ces accessoires ne sont pas obligés d'être installé au domicile du patient mais sont à proposer et à conseiller comme la base de remboursement les prend en charge.

Derrière le forfait de livraison, l'assurance maladie rembourse et prend en compte toutes les étapes suivantes : la gestion administrative, la livraison, la mise en service, la démonstration du fonctionnement, la reprise, la désinfection et l'entretien ainsi que la maintenance préventive annuelle. Ainsi toutes les étapes de gestion du lit médicalisé sont complètement rémunérées pour le pharmacien via ce forfait.

Il est entendu par lits spécifiques l'ensemble des lits à destination des personnes avec une grande taille, souffrant de la maladie d'Alzheimer et le lit double.

L'achat d'un lit médicalisé classique est réservé comme la LPPR l'indique aux patients atteints d'affections neuromusculaires entraînant un déficit fonctionnel non régressif. La garantie de ce lit doit être au minimum de cinq ans ainsi un renouvellement et une nouvelle prise en charge peut se faire au-delà de ce délai.

Le remboursement de la location des lits médicalisés ne déroge pas à la règle des économies de la sécurité sociale. La prise en charge de la location hebdomadaire qui a diminué de presque 3, 50 euros en 16 ans (figure 7). Pour une année, cette baisse peut représenter une somme importante étant donné que pour un lit, une différence de 177, 32 euros pour 52 semaines est perceptible.

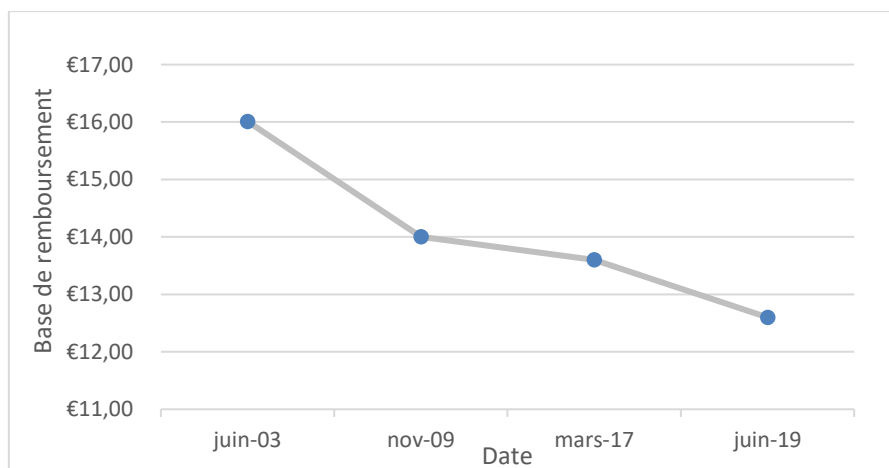


Figure 7 : Evolution de la base de remboursement hebdomadaire d'un lit médicalisé standard depuis 2003

2.8 Accessoires

En plus du lit médicalisé, des accessoires sont compris dans la location du lit mais peuvent être retirés par rapport aux besoins du patient. De plus, de nombreux autres éléments du MAD sont parfois nécessaires en plus du lit médicalisé pour aménager au mieux la chambre du patient et optimiser sa prise en charge. Ces éléments sont importants à connaître, car font partie du conseil associé lors de la délivrance d'un lit médicalisé.

2.8.1 Le matelas

Le matelas est l'accessoire indispensable qui accompagne toute délivrance d'un lit médicalisé. Le choix du matelas est quelque chose de complexe et dont de multiples paramètres sont à prendre en compte. En effet, il faut l'adapter à l'utilisateur qui sont des patients malades ou fragiles et en cas d'un mauvais choix cela peut donner lieu à l'apparition d'escarres ou d'un inconfort. Le choix du type de matelas est donc important, il ne faut pas le négliger et donc prendre le temps de recueillir les informations sur le patient et l'utilisation future du lit.

2.8.1.1 Les escarres

Pour un patient qui est alité pendant une période assez longue, le risque est de développer une escarre. Il faut donc bien comprendre la pathologie pour pouvoir réaliser de la prévention mais aussi son système d'évaluation qui doit être pratiqué avant tout choix de matelas.

2.8.1.1.1 Définition

Une escarre (40) est une pathologie dermatologique caractérisée par une lésion cutanée ischémique pouvant conduire à une nécrose et une infection des tissus sous-jacents à cette dernière. La cause la plus importante est la compression importante ou prolongée des tissus cutanés entre un relief osseux et un plan dur comme le lit. Les autres causes extrinsèques sont la macération qui ramolli les chairs, le cisaillement générant des plaies, la friction provoquant une abrasion et une inflammation locale. Enfin une température corporelle élevée potentialise les effets de la friction via une augmentation de la perfusion tissulaire et une fragilisation de la peau.

Des facteurs de risques patients dépendant soit intrinsèque sont également retrouvés comme l'âge, les pathologies aiguës, les neuropathies, la déshydratation, l'immobilité, l'incontinence ou encore l'état psychique et nutritionnel.

Au niveau clinique l'escarre est classée en quatre stades croissants (figure 8) :

- Stade I : rougeur localisée sans disparition à la vitropression
- Stade II : perte de l'intégrité de l'épiderme voir du derme
- Stade III : apparition d'une nécrose avec une destruction de toutes les couches de la peau
- Stade IV : présence d'une plaie avec une atteinte environnante de la peau : os, muscles, tissus ...

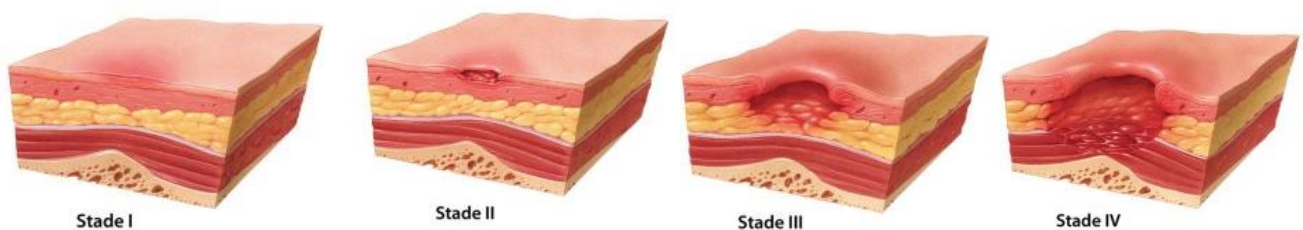


Figure 8 : Les différents stades cliniques des escarres (Actualités pharmaceutiques)

Il s'agit de l'évolution classique d'une escarre si aucun traitement n'est mis en place. Il faut avoir connaissance de ses évolutions comme un des éléments clés de la prévention des escarres est la surveillance de la peau.

2.8.1.1.2 Evaluation du risque d'escarre

L'évaluation du risque de développer une escarre se fait par des échelles de référence comme celle de Norton, Braden ou Waterlow (41). Les échelles par différents critères d'évaluation permettent d'obtenir un score numérique qui donne le niveau de risque de développer une escarre en étant alité. Les critères d'évaluation sont des facteurs de risques qui favorisent l'apparition d'escarre et chaque échelle a choisi des critères différents. Pour chaque critère, il y a différent niveau de réponse en fonction de l'état clinique du patient et le total de chaque critère donne le score final.

L'échelle de Norton se fonde sur cinq critères d'évaluation : la condition physique, l'état mental, l'activité, la mobilité et l'incontinence avec un score variant de 1 à 4 pour chaque item (tableau II). Le score total varie ainsi entre 5 et 20 avec un risque d'escarre débutant à partir de 16. Cependant cette échelle est valide seulement chez les personnes de plus de 65 ans et ne tiens pas en compte le statut nutritionnel alors que la dénutrition est plutôt fréquente dans cette population s'agissant en plus d'un facteur de risque pour une escarre. De plus, la reproductivité inter observateurs n'a pas été étudiée.

Tableau II : Echelle de Norton

Condition physique	Etat mental	Activité	Mobilité	Incontinence
4 Bonne	4 Bon, alerte	4 Ambulatoire	4 Totale	4 Aucune
3 Moyenne	3 Apathique	3 Marche avec une aide	3 Diminuée	3 Occasionnelle
2 Pauvre	2 Confus	2 Assis	2 Très limitée	2 Urinaire
1 Très mauvaise	1 Inconscient	1 Totalement aidé	1 Immobile	1 Urinaire et fécale

L'échelle de Waterloo est beaucoup plus complexe d'utilisation avec 11 critères d'évaluation : masse corporelle, incontinence, sexe, âge, la prise de certains médicaments, aspect visuel de la peau, mobilité, appétit, déficience neurologique, malnutrition des tissus et la chirurgie, traumatisme. Cette échelle est considérée comme très complexe avec un score variable entre chaque critère et demandant une grande évaluation clinique. De plus, pour les personnes âgées un biais leur est attribué tout de suite par un score plus élevé comme l'échelle prend en compte ce critère (tableau III).

Tableau III : Echelle de Waterloo

Masse corporelle	Aspect visuel de la peau	Sexe et âge
0 Moyenne 1 Au-dessus de la moyenne 2 Obèse 3 En-dessous de la moyenne	0 Saine 1 Fine/ grêle 1 Sèche / déshydratée 1 Œdémateuse 2 Décolorée 3 Irritation cutanée	1 Masculin 2 Féminin 1 14 à 59 ans 2 50 à 64 ans 3 65 à 74 ans 4 75 à 80 ans 5 81 ans et +
Incontinence	Mobilité	Appétit
0 Totale / Sonde 1 Occasionnellement 2 Incontinence fécale, sonde 3 Incontinence double	0 Complète 1 Agité 2 Apathique 3 Restreinte 4 Immobile/ Traction 5 Patient mis au fauteuil	0 Moyen 1 Faible 2 Alimentation par sonde gastrique uniquement 3 A jeun, anorexique
Malnutrition des tissus	Déficience neurologique	Médicament
8 Cachexie terminale 5 Déficience cardiaque 5 Insuffisance vasculaire périphérique 2 Anémie 1 Tabagisme	4-6 Diabète, sclérose en plaque, AVC, déficit sensoriel, paraplégies	4 Cytotoxique, Corticoïdes à haute dose, anti-inflammatoire
		Chirurgie / Traumatisme 5 Orthopédie, partie inférieure, colonne 5 Intervention de + de 2 heures

L'échelle de Braden est décrite comme celle de référence du fait de sa simplicité et sa présence dans de multiples recommandations. De plus, elle ne présente pas les inconvénients des autres échelles, bonne reproductivité, valable pour toute la population et évalue le statut nutritionnel. La spécificité et la sensibilité de l'échelle de Braden est respectivement de l'ordre de 49 à 91 % et de 61 à 100 % selon le type de séjour et du lieu de résidence.

L'échelle de Braden prend en compte six critères d'évaluations : la perception sensorielle, l'humidité, l'activité, la mobilité, la nutrition et les frictions et cisaillement. Pour chaque élément étudié, il est attribué un score entre 1 et 4 sauf pour l'item friction et cisaillement, le score maximum est de 3 (tableau IV). Ainsi au total après l'évaluation clinique et le calcul du score, un score entre 6 et 23 est obtenu. En fonction du score obtenu le niveau de risque de développer une escarre est déterminé. La correspondance entre le niveau de risques et du score sont les suivants :

- Risque nul à faible : score de 23 à 18
- Risque faible à moyen : score de 17 à 14
- Risque moyen à élevé : score de 13 à 9
- Risque élevé : score inférieur à 9

Tableau IV: Echelle de Braden

Perception sensorielle	Mobilité	Activité
1 Complètement limitée	1 Complètement immobile	1 Alité
2 Très limitée	2 Très limitée	2 Confiné au fauteuil
3 Légèrement limitée	3 Légèrement limitée	3 Marche occasionnellement
4 Pas de gêne	4 Aucune limitation	4 Marche fréquemment
Nutrition	Humidité	Friction et cisaillement
1 Très pauvre	1 Constamment humide	1 Problème présent
2 Probablement insuffisante	2 Très humide	2 Problème potentiel
3 Correcte	3 Occasionnellement humide	3 Pas de problème apparent
4 Excellente	4 Rarement humide	

2.8.1.1.3 Prévention des escarres

Ainsi dès lors que le score de Braden est inférieur ou égale à 17, il y a un risque de développer une escarre. Il faut donc mettre en place des mesures (40) pour éviter le développement de cette maladie via le contrôle voire la disparition d'un maximum de facteur de risque après leur identification.

Premièrement, la diminution des pressions tissulaires est nécessaire notamment par une stimulation au changement de position environ toutes les 2 à 3 heures. Lorsque ces manœuvres sont réalisées par des tiers, il faut faire attention au phénomène de cisaillement et de frottement justifiant d'avoir un personnel formé pour le faire. Néanmoins, un drap de glisse peut être conseillé minimisant ces effets. La position décubitus latéral oblique à 30° peut être adoptée c'est-à-dire être sur le côté avec un angle par rapport au plan du lit de 30°. Cette position s'obtient soit avec des oreillers standard ou avec un coussin de positionnement spécifique. En plus, un matelas ou un surmatelas adapté permet de diminuer la pression entre la peau et le support via une meilleure répartition de la surface d'appui.

Il faut éviter toute macération et frottements qui peuvent souvent être très importants et dont la prévention est indispensable. Il faut donc assurer une toilette quotidienne du malade avec des produits non irritants et un séchage non agressif par tamponnement comme pour les bébés. Il faut aussi habiller le malade selon la température de l'environnement pour éviter au maximum la transpiration avec des vêtements ample et de coton de préférence. De plus, pour les personnes présentant une incontinence fécale et/ou urinaire, il est important d'utiliser des protections et de les changer régulièrement.

Enfin des éléments de surveillance sont à instaurer, comme l'état nutritionnel pour établir si la personne est dénutrie ou pas. Etant donnée que ce type de personne par leur statut ont une peau fine et une masse musculaire très faible ce qui favorise alors les escarres. Une surveillance quotidienne est nécessaire lors de la douche par exemple pour observer la qualité de la peau et notamment l'apparition de rougeur localisée, 1^{er} signe de la survenue d'une escarre.

2.8.1.2 Le choix du matelas

L'HAS par sa commission d'évaluation des produits et prestations (42) a émise en 2006 des recommandations sur le choix du matelas, éléments repris par l'observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMÉDIT) (37). Les indications des supports d'aide à la prévention des escarres sont émises par l'organisme et formulées par un groupe d'experts en fonction de l'expérience clinique. Un arbre décisionnel a ainsi été construit à partir du niveau de risque de développer une escarre et du temps d'alitement du patient.

Dans la LPPR, tous les matelas sont répartis en différentes classes au regard du délai entre deux remboursements de l'achat d'un matelas variable de 1 à 5 ans. De plus, la LPPR présente aussi les critères de choix entre les différentes classes. Mais ces indications ne sont pas en accord avec les recommandations de la HAS et de l'OMÉDIT.

Nous exposons seulement les recommandations de la HAS et de l'OMÉDIT du choix du matelas pour le traitement préventif (figure 9 et tableau V).

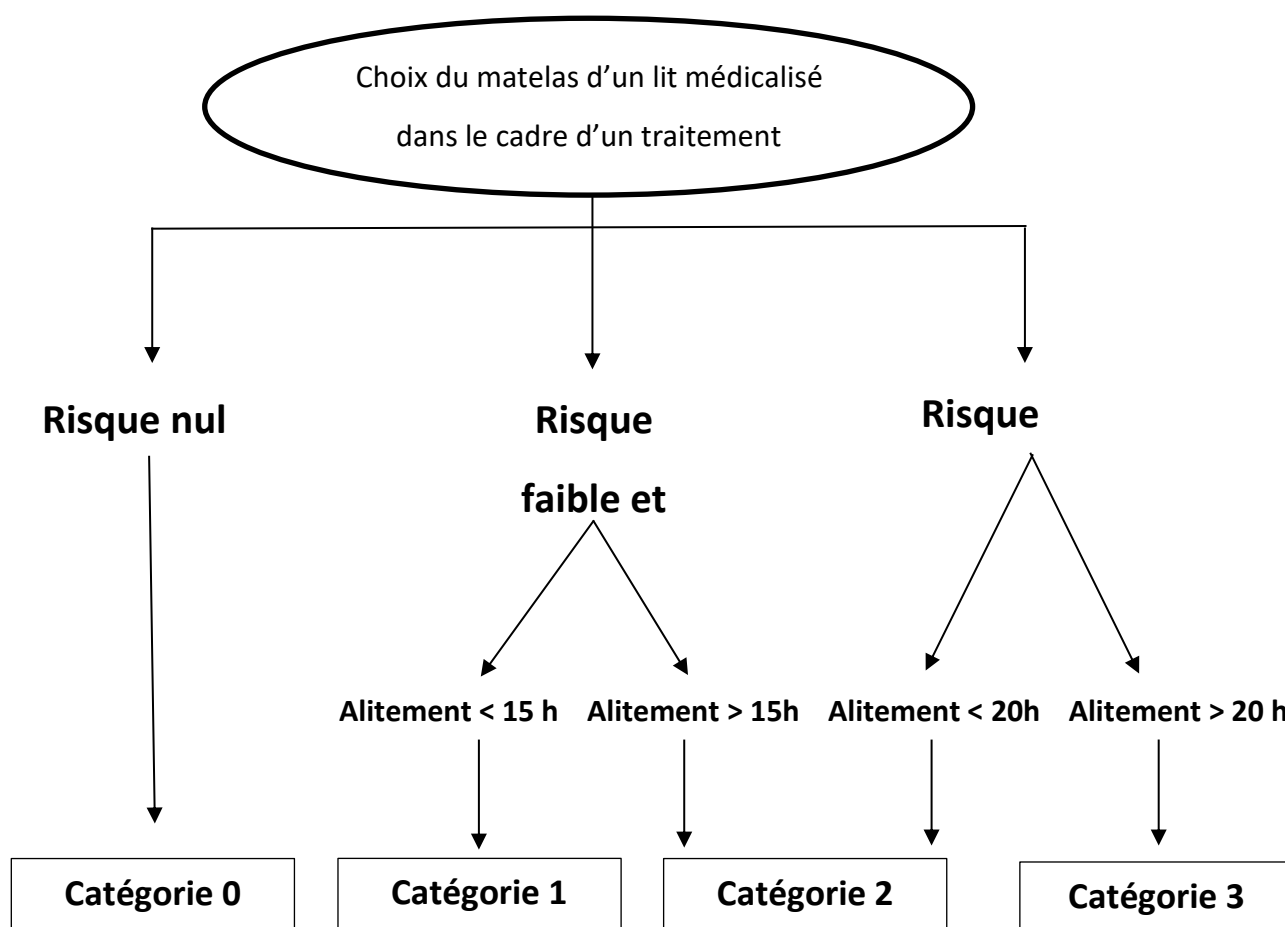


Figure 9 : Arbre décisionnel sur le choix du type de matelas

Tableau V : Liste des matelas disponibles au sein de chaque catégorie de matelas

Catégorie	Type de matelas
Catégorie 0	<ul style="list-style-type: none"> ○ Matelas simple
Catégorie 1	<u>Non motorisés :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Surmatelas/matelas en fibres enduites de silicone ○ Matelas en forme de gaufrier ○ Matelas/surmatelas à eau ○ Surmatelas à air statique
Catégorie 2	<u>Non motorisés :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Matelas en mousse à modules ou inserts amovibles ○ Matelas en mousse multistrates ○ Matelas/surmatelas en mousse viscoélastique ○ Matelas en mousse avec inclusion en zone à risque
	<u>Motorisés :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Surmatelas à air motorisé automatique à pression dynamique ○ Surmatelas à air motorisé, réglage manuel, à pression alternée
Catégorie 3	<u>Non motorisés :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Surmatelas/matelas à air non motorisé et à cellules télescopiques
	<u>Motorisés :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Matelas à air motorisé automatique à pression dynamique

L'évaluation du risque d'escarre nous permet de nous orienter vers certains types de matelas mais il subsiste un choix important de matelas. Le matelas à délivrer sera en fonction des caractéristiques de chaque matelas avec leurs avantages et inconvénients. C'est pour cela que la connaissance des différents types de matelas est importante.

2.8.1.3 Les différents matelas

De nombreux matelas existent (1), présentant des matières et des indications différentes dans la prévention des escarres. Par le terme matelas, la notion de matelas et de surmatelas est regroupée étant donné que l'élément le plus important à savoir est l'existence de nombreux matelas avec leur caractéristique et de plus la LPPR ne les différencie pas non plus. La différence entre un surmatelas et un matelas est l'épaisseur, en effet on parle de surmatelas quand son épaisseur est comprise entre 5 et 15 cm et de matelas au-dessus de 15 cm. Les matelas anti-escarres sont répartis en quatre classes différentes (Ia, IB, II, III, IV) en fonction de leur prise en charge par la sécurité sociale et notamment par un délai de renouvellement différent.

2.8.1.3.1 Matelas clinique ou en mousse

En l'absence de risque d'escarre, un matelas classique dit clinique ou en mousse est utilisé sur le lit médicalisé (figure 10). Concernant les caractéristiques, il a une dimension de 190 cm par 85 cm ou 200 cm par 90 cm pour les lits médicalisés de personnes à forte corpulence avec une hauteur variant de 10 à 15 cm. Le matelas est composé de mousse avec une densité minimale de 25 kg/m^3 et doit être anti-feu pour limiter le risque d'incendie. Le matelas simple est renouvelable tous les ans si besoin.



Figure 10 : Matelas clinique (Handipharm)

2.8.1.3.2 Matelas de classe IA

Les matelas de classe la sont renouvelables tous les ans, soit un matelas maximum par an pris en charge par l'assurance maladie.

2.8.1.3.2.1 Matelas à eau

Le matelas à eau est un matelas rempli d'eau à environ 30-35 °C lors de son installation et contenant à peu près 25 litres d'eau. Sa structure est divisée en trois parties indépendantes pour essayer de répartir uniformément la matière dans le matelas. Ce type de matelas offre un massage par le mouvement de l'eau tout en diminuant les frictions et donne une répartition largement satisfaisante des points de pression.

Cependant, il faut prendre en compte ses nombreux inconvénients comme son inefficacité sur la macération et le cisaillement. De plus, par la présence de l'eau, le matelas offre un risque d'hypothermie par le refroidissement de l'eau au cours du temps. Le positionnement du patient sur une peau de mouton est conseillé pour éviter la perte de chaleur. Le matelas aura du mal à se plier et présente une forte résistance aux fonctions de relèvement buste et relèvement jambe. La présence de l'eau dans le matelas peut provoquer le mal de mer. Les derniers inconvénients sont son poids important, un risque d'inondation s'il se perce alors que l'entretien est relativement facile et présente un faible coût.

2.8.1.3.2.2 Matelas en mousse type gaufrier

Le matelas en mousse type gaufrier est le matelas très régulièrement utilisé dans la prévention des escarres (figure 11). Le matelas est constitué d'une multitude de petits plots en mousse découpé individuellement dans le matelas donnant la forme d'un gaufrier. Par sa forme particulière, une bonne répartition des pressions est assurée comme les mouvements des plots sont indépendants les uns aux autres mais donne aussi moins de force de cisaillement et de friction. De plus, l'air circule facilement à l'intérieur du matelas évitant une trop grande macération. D'un point de vue réglementaire, la mousse doit avoir une densité d'au moins 34 kg/m³ ce qui lui donne quand même une grande légèreté et une facilité de manipulation. Le matelas est divisé en trois parties assurant les plicatures du matelas pour assurer la fonction du relèvement buste et relèvement jambe du lit.

D'un point de vue des inconvénients, le matelas est assez volumineux et surtout très difficile à nettoyer. Ainsi il faut toujours utiliser une alèze avec ce matelas mais qui doit être de taille bien supérieure à celle du lit pour que les mouvements des plots puissent se faire. Pour cela, l'alèze ne doit pas être serrée sur le matelas pour qu'il puisse réaliser son action.



Figure 11 : Matelas en mousse type gaufrier

2.8.1.3.2.3 Matelas à pression alternée

Le matelas à pression alternée ou « alternating » fait partie des matelas à air qui fonctionne avec un compresseur accroché au lit (figure 12). Dans le matelas, deux circuits sont totalement indépendants qui sont chacun composé de cellules disposées soit longitudinalement soit transversalement. Les deux parties reçoivent de l'air par alternance via le compresseur gonflant une partie puis l'autre et ainsi de suite avec une pression qui est réglable depuis le compresseur. Par l'alternance des zones gonflées, les points de contact du corps avec le matelas varient ainsi selon le gonflement. La macération est également évitée par la présence d'un système de ventilation du matelas via des petits trous. D'un point de vue pratique, il est relativement léger, facilement transportables et a un coût limité.

Parmi les inconvénients relevés avec ce type de matelas, la présence du compresseur est à noter provoquant un bruit de fonctionnement et fonctionne avec le courant électrique qui pose alors un problème comme le lit en cas de panne de courant.



Figure 12 : Matelas à pression alternée (Medical expo)

2.8.1.3.3 Matelas de classe IB

2.8.1.3.3.1 Matelas à air statique

Le matelas à air statique est une enveloppe remplie d'air via une ou plusieurs chambre(s) d'air qui ne circule pas à l'intérieur. La pression est maintenue à l'intérieur du matelas via un compresseur, définie selon le poids du patient.

D'un point de vue des inconvénients, la présence d'une instabilité créée par l'air et un phénomène de macération favorisé par le matelas sont rapportés. Cependant sa structure est très légère et peu encombrante après dégonflage.

2.8.1.3.3.2 Matelas en fibres siliconées

Le matelas en fibres siliconées est constitué d'un tissu dit aéré comportant essentiellement du polyester mais aussi des fibres creuses qui sont remplis de silicone. Un effet de glissement entre les différentes fibres est souvent rencontré avec ce type de matelas. Le matelas est ainsi décrit comme très confortable permettant une mobilisation et un transfert pour les malades très aligues notamment.

2.8.1.3.3.3 Matelas en mousse structurée à modules amovibles

Le matelas en mousse structuré à modules amovibles est presque identique à un matelas en mousse type gaufré. La différence se fait sur les plots en mousse qui sont variables en densité et en hauteur afin de les adapter à la morphologie et à l'état du patient afin d'avoir une décharge plus importante sur certaines zones de pressions.

2.8.1.3.4 Matelas de classe II

2.8.1.3.4.1 Matelas en mousse viscoélastique

Le matelas en mousse viscoélastique est composé d'une mousse dite à mémoire de forme (figure 13). En effet celle-ci après une compression reprend sa forme initiale très lentement et reproduit très bien la forme du corps. Par ces caractéristiques, les frictions et les cisaillements sont largement diminués et ce matelas offre un grand confort au patient. De plus, l'effet mémoire de forme donne une faible pression au niveau des reliefs osseux, prévenant alors une escarre.

Ce type de lit présente certains inconvénients à savoir une difficulté de mobilisation par la mousse viscoélastique qui est dérangerant chez les personnes rencontrant déjà des difficultés à se mouvoir. Un phénomène de macération est important par la création de creux qui ne vont pas permettre l'élimination des liquides biologiques.



Figure 13 : Matelas en mousse viscoélastique (Tous ergo)

2.8.1.3.4.2 Matelas à air non motorisé et à cellules télescopiques

Le matelas à air non motorisé et à cellules télescopiques comme son nom l'indique fait partie des matelas à air. Il est constitué d'une enveloppe remplie d'air (figure 14) où l'air est fixe et n'est pas envoyé par un moteur. L'air est contenu dans de nombreuses petites cellules ou alvéoles ce qui permet de créer le principe de flottaison en reposant le corps à l'extrémité de ses cellules. Entre ces différentes cellules, l'air circule librement permettant ce principe mais permet aussi d'éviter la macération. Une bonne répartition des pressions est observée et les forces de frottement et de cisaillement sont très diminuées. Cependant, il existe une difficulté à se mouvoir une fois allongé sur le matelas notamment pour les patients avec des troubles du tonus musculaire.



Figure 14 : matelas à air non motorisé et à cellules télescopiques (Medical expo)

2.8.1.3.5 Matelas de classe III

2.8.1.3.5.1 Matelas en mousse multistrat

Le matelas en mousse multistrat est constitué de trois strates (couches) en mousse à composition différente (figure 15). La couche supérieure en mousse est très souple pour permettre une bonne répartition des pressions et permettre l'action anti-escarre. En dessous, une couche sous forme de gaufrier améliore la portance, assurant une bonne circulation de l'air et une diminution des forces de cisaillement. Enfin, la couche inférieure comporte une mousse de forte résilience pour assurer une bonne stabilité du matelas.

Le matelas en mousse multistrat est considéré comme le meilleur matelas statique en ne présentant aucun effet de moulage et d'inertie sans gêner la mobilité du malade.

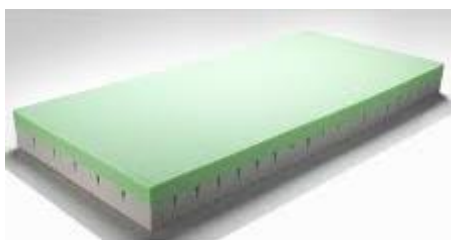


Figure 15 : matelas en mousse multistrat (Tous ergo)

2.8.1.3.6 Avantages et inconvénients des différents matelas dans la prévention des escarres

Pour un même niveau de risque d'escarre et temps d'alitement, plusieurs matelas peuvent correspondre au besoin du patient. Ainsi le choix du matelas doit parfois se faire en fonction des avantages et inconvénients de chaque matelas. C'est pourquoi le tableau VI récapitule l'ensemble des avantages et inconvénients des différents matelas anti-escarres.

Tableau VI : Listes des avantages et inconvénients de chaque matelas anti-escarres

	<u>Avantages</u>	<u>Inconvénients</u>
Matelas à eau	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Massage ✓ Diminution des frictions ✓ Bonne répartition des points de pressions 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Inefficacité sur macération et cisaillement ❖ Risque d'hypothermie ❖ Forte résistance aux fonctions électriques ❖ Mal de mer ❖ Poids important ❖ Risque inondation
Matelas gaufrir et à modules amovibles	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bonne répartition des points de pressions ✓ Efficace sur cisaillement, macération et friction ✓ Bonne circulation de l'air 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Volumineux ❖ Difficile à nettoyer
Matelas à air pression alternée ou statique	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bonne répartition des points de pressions ✓ Efficace sur la macération ✓ Faible coût ✓ Léger 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Bruit de fonctionnement ❖ Fonctionnement électrique ❖ Instalibité
	<u>Avantages</u>	<u>Inconvénients</u>
Matelas à fibres siliconées	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Confortable 	
Matelas en mousse visco-élastique	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Confortable ✓ Efficace sur les frictions et cisaillement ✓ Bonne répartition des points de pressions 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Difficulté de mobilisation ❖ Macération
Matelas à air et à cellules télescopiques	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bonne répartition des points de pressions ✓ Efficace sur la macération ✓ Léger 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Difficulté de mobilisation
Matelas en mousse multistrata	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bonne répartition des points de pressions ✓ Bonne stabilité ✓ Efficace sur les cisaillements et la macération 	

2.8.2 Les coussins de positionnement

Les coussins de positionnement (43) permettent d'adapter la posture du patient dans son lit et de limiter également le risque d'escarre. En effet, au vu de leurs compositions en microbilles ou alors en fibres à mémoires de forme, les coussins permettent de mieux répartir les zones de pression. Ces coussins peuvent être utilisés avec ou sans un matelas anti-escarres et ont un intérêt dans les changements de position préconisés toutes les deux heures pour une personne alitée. Différentes formes de coussin existent pour s'adapter à toutes les morphologies des différentes parties du corps pouvant servir à réduire la zone de pression sur une seule zone du corps comme le talon ou la tête par exemple. Pour les coussins de positionnements, il existe une prise en charge par l'assurance maladie par leur inscription à la LPPR.

2.8.3 Les barrières de lit

Les barrières de lit sont positionnées de chaque côté du lit et sont facultatives mais prises en charge par la sécurité sociale dans le forfait de location du lit (figure 16). La fonction des barrières est d'assurer la sécurisation du malade pour éviter toute chute. La présence de ces barrières garantit un sentiment de sécurité pour le malade et lui permet également de se mouvoir en donnant un appui supplémentaire. En revanche, l'installation ne doit pas être réalisée si cela est pour interdire à la personne de se relever qui donnerait lieu à une perte de liberté responsable alors d'un acte de maltraitance, interdit par la loi.



Figure 16 : Barrière de lit sur un lit médicalisé (Tous ergo)

Il faut néanmoins prendre en compte la balance bénéfice risque à chaque installation en connaissant le patient et les dangers de l'installation de ces barrières. La réglementation des barrières de lit est ainsi très stricte au vu des risques qu'elles présentent.

2.8.3.1 Les dangers dus aux barrières

Quatre grands risques (38,44) ont été identifiés avec l'utilisation des barrières qui peuvent être éventuellement mortels et dont il faut avoir connaissance pour prévenir l'apparition de ces incidents et estimer la balance bénéfice-risque quant à leur installation.

Le piégeage des membres dans la barrière à travers les barreaux est le premier risque identifié et le plus fréquent. En cas d'incident de ce type, par réflexe le patient aura l'envie de se dégager par soi-même potentiellement par force donnant lieu au mieux à des contusions ou à des plaies superficielles mais peut engendrer des traumatismes articulaires ou osseux. En prévention, l'utilisation de coussins rembourrés ou alors des barrières pleines transparentes sont recommandées pour supprimer le vide.

Le deuxième type de piégeage se réalise cette fois-ci entre la barrière et la structure du lit, pouvant piéger la tête ou le thorax. En effet, un espace entre ces deux éléments est présent et dont le patient peut se retrouver. Ce risque est le plus mortel car entraîne potentiellement une strangulation.

Le troisième risque est la chute du patient quand celui-ci veut passer par-dessus la barrière provoquant alors une chute d'une hauteur supérieure à celle si les barrières étaient absentes. Ce type d'incident est provoqué quand le patient présente de graves troubles cognitifs avec de forte agitation ou confusion et dont il n'a pas été informé de l'utilité de ces barrières et/ou sont mis sous sa contrainte. De plus, ces incidents peuvent survenir quand le patient n'a pas été informé correctement du fonctionnement de ces barrières et ne sait donc pas les utiliser. Son seul moyen de sortir du lit sera donc de passer par-dessus.

Enfin, le dernier grand risque est la chute provoquée par le mauvais verrouillage de la barrière. Le patient pour se mouvoir dans son lit se servira des barrières comme appui mais par le mauvais verrouillage, la barrière tombera, entraînant ainsi un glissement du patient par la perte d'appui. En prévention, une bonne connaissance du matériel et toujours vérifier son bon enclenchement par les utilisateurs est indispensable. De plus, pour qu'elle soit toujours fonctionnelle, le respect des maintenances est indispensable.

La connaissance de ces dangers est importante car entre 2006 et 2011, il a été recensé 115 signalements pour chute ou piégeage entraînant 27 décès (45). Par suite de ces incidents, la réglementation des barrières de lit a été modifiée le 16 juin 2010. Par la présence de ses nombreux risques, une réglementation particulière est mise en place pour les barrières de lit. L'ensemble des barrières doivent ainsi répondre obligatoirement à ces normes, rôle du pharmacien de s'en assurer.

2.8.3.2 La réglementation des barrières de lit

La réglementation est dictée dorénavant par la norme NF EN 60601-2-52 (46) et qui garantit la sécurité des patients afin de minimiser tout accident. Dans cette norme, des dimensions à respecter entre divers éléments sont renseignées pour garantir l'efficacité des barrières mais également éviter tout risque de piégeage ou de chute.

Les barrières devront avoir une hauteur minimale de 22 cm au-dessus du matelas afin d'éviter toute chute du patient. La distance entre chaque barreau de la barrière devra être à minima voir supérieure à 2, 5 cm quand la barrière est repliée pour éviter tout pincement de doigt. A l'inverse lorsqu'elle est déployée, l'espace devra être inférieur à 12 cm pour éviter tout piégeage de la tête ou des membres et totalement résistante pour ne pas s'écarter. L'espace entre la barrière latérale et la tête de lit est inférieur à 6 cm pour éviter tout piégeage du cou. La distance entre le pied du lit et la barrière est supérieure à 31, 8 cm pour prévenir ici le piégeage du buste.

2.8.4 La ceinture de maintien au lit

Pour limiter le risque de chute avec ou sans les barrières, une ceinture de maintien au lit (47) peut être utilisée (figure 17). Pour les patients avec une forte agitation ou une forte envie de déambulation, la ceinture peut être utile mais comme les barrières doivent être utilisés de manière raisonnée. L'outil présente un intérêt plus médical pour faciliter les soins ou créer une immobilisation en post-opératoire. Cette ceinture est composée d'un maintien à la taille et peuvent avoir également un maintien au niveau pelvien, thoracique via un harnais. Dans le cadre du lit médicalisé, la ceinture doit être fixée à la partie mobile du lit pour ne pas créer une compression du patient en cas d'amarrage sur une partie fixe et une élévation du lit. Pour des personnes agitées, des sangles latérales de sécurités existent pour immobiliser les membres supérieurs et inférieurs et éviter ainsi toute mobilité du patient.



Figure 17 : Ceinture de maintien au lit (Pharma gdd)

2.8.5 La potence

La potence est l'un des accessoires également presque indispensable dans le cadre du maintien à domicile lors d'une dispensation d'un lit médicalisé (figure 18). Cet élément offre un appui supplémentaire pour permettre les mouvements du malade dans son lit en l'assistant pour se relever et se positionner en tirant dessus. Son avantage est d'avoir la poignée juste devant sa tête et joue un rôle important pour se redresser et permettre les mouvements du bassin. Elle est fortement conseillée pour les patients passant beaucoup de temps dans le lit où l'installation et les mouvements sont indispensables. Dans le forfait de location ou d'achat d'un lit, la potence est comprise dans le forfait, mais il existe une prise en charge pour une location individuelle si le patient ne possède pas de lit médicalisé accompagné d'un forfait de livraison.

D'un point de vue technique, cette aide est fixée directement au lit ou alors sur un socle indépendant à celui-ci. Les potences ont une résistance variable dépendants du poids du patient, qu'il est nécessaire d'adapter et d'avoir à sa connaissance.



Figure 18 : Potence d'un lit médicalisé (Sud distribution)

2.8.6 Le pied à sérum

Le pied à sérum est un support pour les poches de perfusions positionnées en hauteur pour permettre ainsi l'écoulement lors d'une perfusion par gravité (figure 19). Cet élément est soit solidaire du lit ou alors totalement indépendant en étant rattaché à un socle mobile. Le choix du type de pied à sérum ne doit pas être anodin, mais en fonction de la durée de la perfusion et de la déambulation du patient. En effet, si le patient est toujours alité le pied peut être solidaire du lit en revanche en cas de mobilité du patient avec une perfusion longue, un pied à sérum mobile est plus adapté. Pour conseiller ce type de matériel, il est nécessaire d'avoir à sa connaissance d'une potentielle HAD, SPASAD ou SSIAS étant donné que les perfusions au domicile sont gérées par ces types d'organismes.



Figure 19 : Pied à sérum (Medical expo)

2.8.7 L'arceau de lit

L'arceau de lit est une structure métallique en forme de pont et se positionne sous les draps (figure 20). Sa fonction est de les soutenir pour empêcher tout contact et frottement avec le corps du malade. Cela est parfois indispensable au niveau des jambes au vu du poids des draps, lors de pathologies dermatologiques tel que la crise de goutte, la dermohypodermie bactérienne non nécrosante ou encore en cas de pansement ou plaie. L'arceau est remboursable à l'achat seulement avec l'existence de différentes tailles d'armature de l'arceau.

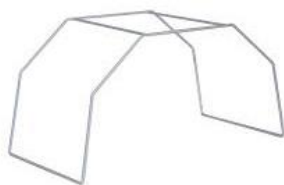


Figure 20 : Arceau de lit

2.8.8 L'oreiller

L'oreiller bien que retrouvé chez toute personne pour son sommeil, est indispensable pour les personnes possédant un lit médicalisé car il en existe différents types et doit être pleinement adapté au patient. Il peut en plus participer au soulagement de douleur ou à leur prévention et rentrer en compte dans le sommeil et le repos. L'oreiller n'est pas un élément anodin et le conseil d'un professionnel de santé est nécessaire pour l'adapter aux pathologies.

Le patient apnéique possède un masque respiratoire durant le sommeil ainsi sur l'oreiller spécial patient apnéique les parties latérales de l'oreiller sont supprimées. La morphologie de l'oreiller permet d'améliorer l'utilisation du masque et supprimer toute gêne dû à une pression du masque sur le visage. Les avantages décrivent avec ce type d'oreiller sont une réduction des fuites et par le confort, une amélioration de la qualité du sommeil et alors par extension de l'humeur ainsi qu'une meilleure observance du port du masque.

L'oreiller à mémoire de forme par sa composition en mousse viscoélastique permet de s'adapter à la morphologie du dormeur et non l'inverse comme les oreillers classiques. Ce système va permettre de maintenir les vertèbres cervicales et ainsi prévenir toute douleur matinale. La forme de l'oreiller peut être classique ou alors ergonomique c'est-à-dire adapté à la morphologie du cou en présentant des extrémités bombées et au centre un creux où la tête est positionnée.

L'oreiller pour la prévention des escarres au niveau occipitale est indiqué pour la personne ne possédant pas un matelas anti-escarres. Cet oreiller comporte un trou en son centre pour diminuer la pression d'appui au niveau de la région occipitale. Le contour de l'oreiller est à mémoire de forme via le moulage en mousse viscoélastique pour un plus grand confort.

L'ensemble de ces oreillers sont disponibles dans n'importe quel magasin mais il est nécessaire d'avoir un conseil personnalisé par une personne connaissant le dossier du malade surtout quand celui-ci possède un lit médicalisé. A noter, que seul l'oreiller anti-escarre est remboursable pour une valeur maximale de 41,16 euros à l'achat.

2.9 Règles d'installations du lit

L'installation du lit doit se faire dans de bonnes conditions et doit surtout être réfléchie selon le profil du patient et son environnement pour que le lit médicalisé soit un vrai atout pour lui en minimisant le risque d'incident (48).

2.9.1 Choix de l'emplacement du lit

Tout d'abord, l'emplacement du lit doit être déterminé en fonction de la place disponible et de la typologie de l'habitation. Si la maison comporte un étage idéalement le lit devrait être installé au rez-de-chaussée comme le patient ne peut pas monter les escaliers par sa dépendance. Cependant, en cas d'impossibilité de l'installer au rez-de-chaussée, l'installation d'un ascenseur ou monte escalier est nécessaire. Il est préférable de l'installer toujours dans une pièce faisant office de chambre pour le confort du patient et garder une organisation dite normale de la maison. Néanmoins dans certains cas, où le patient déambule dans la maison avec d'autres aides techniques, il faut prendre en compte les largeurs de porte pour s'assurer qu'il passe correctement. De plus, le périmètre de marche du patient est pris en compte pour que tous les déplacements qu'il doit faire dans la journée restent dans ce périmètre sauf s'il y a l'utilisation d'un fauteuil roulant ou de transfert. A noter que le lit est positionné de préférence contre un mur pour supprimer le risque de chute d'un côté et ainsi éviter l'utilisation de barrière.

De plus, cet emplacement est fonction des éléments dans le périmètre du lit qui sont nécessaires pour se lever comme des barres d'appui positionné autour du lit, ou du matériel de MAD; chaise garde-robe, soulève-malade. Il faut bien avoir en compte que le positionnement du lit n'est pas quelque chose d'anodin surtout que son déplacement dans une pièce différente peut être difficile sans un technicien. L'état du patient et l'organisation de la maison est ainsi à prendre en compte.

Le lit médicalisé à fonctionnement électrique doit être branché sur une prise spécialement réservée à cet effet et éviter l'utilisation de rallonge, prise multiple au vu des risques d'incidents électriques. Néanmoins si cela est indispensable, il faut vérifier que ces objets soit conforme et adaptés et soit bien rangés pour éviter d'être dans l'environnement du patient et causer une chute.

2.9.2 Information et formation sur l'utilisation d'un lit médicalisé

La deuxième partie très importante lors d'une installation est l'information et la formation au fonctionnement du lit médicalisé. Cette partie se fait en présence du patient mais la présence d'un tiers est fortement conseillée. Il est donc important de convenir avec l'entourage l'installation afin de permettre la bonne transmission des informations. L'utilisation d'un lit médicalisé est à la portée de tout le monde mais cette étape est indispensable pour rassurer l'utilisateur et permettre une meilleure adaptation. La présentation du lit augmentera son adhésion à l'utilisation de ce dispositif médical. De plus, il est remis à l'issue de l'installation un guide d'utilisation du lit qu'il faut prendre en compte et conserver. Le fournisseur donne les consignes de sécurité et la fiche d'utilisation, qu'il faut toujours avoir en tête et pouvant être consulté en cas de besoin.

2.10 Entretien

L'entretien dit préventif du lit médicalisé est quelque chose d'indispensable comme illustré précédemment pour éviter toute survenue d'incident et permettre un bon fonctionnement du matériel. L'entretien consiste en une surveillance et un contrôle des fonctions et des pièces du lit pouvant conduire à une maintenance pour modifier ou remplacer les éléments défectueux. Cet entretien préventif doit être réalisé au minimum une fois par an. La vérification comporte les éléments suivants : une bonne fixation des câbles électriques, un bon état de ceux-ci, un bon fonctionnement des moteurs et vérins, un aspect global du matériel, le fonctionnement du lit, l'état du cadre et du sommier et les articulations mécaniques.

L'entretien annuel permet ainsi de faire un contrôle total du lit et doit être enregistré avec les remarques ou les modifications réalisées assurant une traçabilité complète pour le suivi pouvant servir en cas de survenue d'un incident.

Mais cet entretien est le moment opportun pour faire un point avec le patient et son entourage sur l'utilisation du lit, ces principes, les consignes de sécurité, son fonctionnement, répondre aux questions et de redonner les règles d'utilisations.

3 La dépendance

Les lits médicalisés sont pris en charge par la sécurité sociale lorsqu'ils sont prescrits pour « une perte ou une absence d'autonomie motrice ». Il s'agit alors des situations dans laquelle nous sommes amenés à réaliser la location ou la vente d'un lit médicalisé. Cette notion de « perte ou d'absence d'autonomie motrice » est très vaste dont il est difficile d'établir le concept même avec notamment ces causes et conséquences qui sont importantes à avoir en tête. Effectivement, il est nécessaire d'apporter un éclairage sur cette notion pour améliorer le ciblage de patient.

3.1 Définition

3.1.1 La dépendance

Le collège national des enseignants de gériatrie définit la dépendance comme « l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement » (49). Ainsi pour déterminer si une personne est dépendante, il faut observer ses activités de la vie quotidienne peu importe la composante qu'elle demande (physique, social ou psychique) et son évolution dans son environnement. Dans la définition se trouve la notion de « partielle ou totale » à savoir qu'une personne dépendante n'est pas nécessairement une personne qui ne peut plus rien faire. La dépendance s'exprime dès lors qu'un simple déficit est mis en évidence. Le concept de dépendance est exprimé sans l'apport d'une « aide » à savoir que cette dépendance peut être corrigée par des aides humaines ou matérielles. Cette définition rejoint alors le but du MAD que proposent les pharmacies en apportant une aide technique. La dépendance peut être provoquée par trois grandes composantes du corps humain à savoir le physique, le psychique et le social.

3.1.2 Distinction entre dépendance et perte d'autonomie

Nous avons précédemment exposé la notion de dépendance qui est totalement en cohérence avec la population cible du MAD. Cependant l'HAS dans son rapport sur les lits médicalisés (36) parle de « perte d'autonomie » comme le fait également l'assurance maladie dans les intitulés de certains produits et prestation de la LPPR. Il est important de faire la distinction entre la dépendance et la perte d'autonomie.

L'étymologie du mot autonomie signifie « capacité à se gouverner soi-même » (50). Ainsi le terme d'autonomie est plus axé sur la capacité de jugement autrement dit avoir la capacité de libre de choix sur ses actions, ses décisions de la vie selon le jugement propre de la personne. Il s'agit ainsi d'une capacité intellectuelle ce qui nous indique que quand on parle de perte d'autonomie, nous ne pouvons pas englober tous les cas de dépendance notamment ceux dus à des déficits physiques. Deux types d'autonomie sont parfois employés pour exposer la notion de perte physique à savoir l'autonomie fonctionnelle qui est identique à la définition de la dépendance et l'autonomie psychique correspondant à la définition du mot autonomie au sens strict.

Couramment, l'utilisation des termes de dépendance et de perte d'autonomie se font à l'identique comme des synonymes même par l'état ou les organismes de santé. Notamment dans le rapport « Grand âge et autonomie » de 2019 (2), les rapporteurs ont écrit « selon le compte de la dépendance de la DRESS, les dépenses liées à la perte d'autonomie des personnes âgées ».

La dépendance et l'autonomie ne sont pas synonymes, ainsi dans le cadre du maintien à domicile la dépendance et non la perte d'autonomie doit être utilisée.

3.1.3 Les différentes situations de dépendance

Le rapport de la HAS de 2007 (36) indique que « les lits ont un intérêt chez les patients n'ayant pas ou ayant perdu leur autonomie motrice ». L'indication du lit médicalisé donne une précision sur la population et apporte une première piste sur la population cible du lit médicalisé. Une distinction entre « n'ayant pas ou ayant perdu » est nécessaire étant donné que cela expose à deux situations différentes. A travers l'indication « ayant perdu », il est sous-entendu qu'à un moment la personne a eu une indépendance. Dans ce cas de figure, l'individu a eu une dégradation de son état de santé par une ou plusieurs maladies mais aussi potentiellement par l'âge. A l'inverse par l'indication « n'ayant pas », la personne n'a pas eu d'indépendance durant sa vie. Ce profil de patient fait plutôt penser à une population jeune voir très jeune qui n'a jamais connu cet état notamment par la survenue d'un handicap ou d'une maladie. Il existe une différence dans la temporalité de la survenue de la dépendance. Cette distinction est nécessaire étant donné qu'en cas de dépendance jeune un accompagnement plus important est nécessaire en comparaison à la perte où il y a un déclin dans l'accomplissement des besoins.

La prise en charge de ces deux situations au niveau du matériel médical sera potentiellement différente étant donné que pour les personnes âgées la situation va probablement s'aggraver demandant une réévaluation régulière pour adapter la prise en charge. Alors que dans l'autre cas, une amélioration est envisageable via la rééducation mais un déclin n'est pas non plus à négliger.

3.2 Épidémiologie de la dépendance

La dépendance est surveillée de près pour les années à venir avec des études épidémiologiques permettant d'anticiper les éléments à mettre en œuvre pour prendre en charge ces individus. La situation actuelle de la dépendance mais aussi dans les années à venir est ainsi exposée pour comprendre l'enjeu de la situation.

3.2.1 En France

3.2.1.1 Épidémiologie actuelle de la dépendance

Les premières données concernant l'épidémiologie de la dépendance datent de 2014 et ont été obtenues par l'intermédiaire de l'enquête « vie quotidienne et santé » (51,52). L'étude a permis de connaître les conditions de vie et l'état de santé des seniors c'est-à-dire des personnes de 60 ans et plus. L'enquête dénombre exactement 2 488 900 individus en situation de dépendance en 2015. Ainsi la part des personnes dépendantes est de 15,3 % chez les seniors et 3,75 % dans la population générale. Le stade de dépendance a été défini grâce à la grille AGGIR en considérant une personne dépendant avec un GIR de 1 à 4. La situation de dépendance n'est pas un élément anodin et qu'il s'agit donc d'un état de santé qui peut être fréquent. Cependant ce chiffre rapporté est contestable au vu du nombre d'APA alloué, 1,2 million qui peut être donné seulement si le GIR est compris entre 1 et 4. Cette différence est expliquée par le fait que le GIR dans l'étude a été estimé donnant des potentiels erreurs d'appréciations du niveau de dépendance.

Une disparité entre les deux sexes existe quant à la dépendance. Effectivement, dès 60 ans, le pourcentage de femmes dépendantes est supérieur à celui des hommes. Cette différence s'accroît plus l'âge augmente. Ce dernier point peut notamment s'expliquer par la disparité entre les deux sexes concernant l'espérance de vie. En effet, les femmes ont une plus grande espérance de vie que les hommes et c'est ainsi qu'il existe une population plus importante de femme âgée en comparaison aux hommes. Il est ainsi logique d'avoir plus de dépendant chez la femme du fait d'une population plus importante. Globalement, dans les deux sexes confondus, l'âge moyen de dépendance est de 83 ans.

Chez ces personnes en situation de dépendance, quant au lieu de résidence, 78 % de ces individus vivent à leur domicile malgré leur état de santé et 22 % en établissement. Une enquête sociale de 2017 dont l'objectif était d'étudier la répartition des bénéficiaires de l'APA par niveau de dépendance a conclu qu'il existait une forte disparité entre le niveau de dépendance et le lieu de résidence de l'individu. En effet, 59 % des bénéficiaires de l'APA vivant en établissement sont GIR 1 ou 2 contre seulement 19 % pour ceux vivant à domicile. A l'inverse, les titulaires d'APA avec un GIR 3 ou 4 sont 81 % à vivre à domicile contre 41 % en établissement. Ainsi les personnes dépendantes sont essentiellement encore à leur domicile, mais il s'agit surtout de personnes avec un état de dépendance plutôt faible voir modéré.

La dépendance est généralement synonyme de vieillesse étant donné que la proportion de personnes présentant cet état augmente fortement avec l'âge. En 2015, 30,2 % des personnes avec un âge supérieur à 75 ans présentent cet état et seulement 6,6 % pour la tranche d'âge 60 à 74 ans. La figure 21 représente la répartition des bénéficiaires de l'APA par âge en 2017 et au regard du logement permettant également d'illustrer les propos précédents. 79,4 % des individus ayant le droit à l'APA ont un âge supérieur à 80 ans alors qu'en dessous de cet âge, il y a que 20,6 % de la population. Les bénéficiaires de l'APA à hauteur de 79,4 % ont un âge supérieur à 80 ans soit la grande majorité des cas de dépendance.

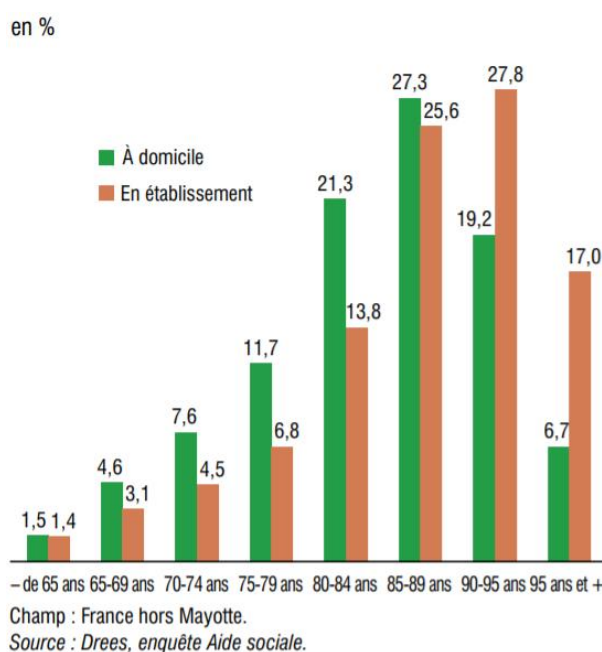


Figure 21 : Répartition des bénéficiaires de l'APA par âge et compte tenu du lieu de résidence

3.2.1.2 Projection de l'épidémiologie en 2025

L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) a réalisé une projection sur le nombre de personnes qui présenteraient une dépendance en 2050 (53). L'estimation prévoit que près de 4 millions d'individus seront dans ce cas et l'augmentation sera provoqué d'abord par une augmentation légère de la population française pour atteindre les 74 millions d'habitants. La deuxième raison serait l'amélioration de l'état de santé de la population par notamment l'augmentation de l'espérance de vie de 5,3 ans chez la femme et 8,1 ans chez l'homme entre 2013 et 2050. L'espérance de vie sera alors en 2050 de 90,3 ans pour la femme et 86,3 ans chez l'homme. Enfin, le nombre des personnes de plus de 60 ans sera non négligeable, car une augmentation de 75 % est attendue pour atteindre 21,1 millions d'habitants de plus de 60 ans et représentera alors un peu plus d'un tiers de la population française.

L'atteinte des 4 millions d'individus dépendants se fera en deux temps avec d'abord une tendance à la baisse jusqu'en 2027 expliquée par le fait que la génération du baby-boom arrivera dans la catégorie des personnes de plus de 60 ans et seront encore globalement indépendants. Cependant dans un second temps, le vieillissement de cette génération se réalisera donnant l'augmentation du nombre de personnes dépendantes. L'augmentation se fera vers 2027 avec une prévalence de dépendance passant de 14,8 % en 2027 à 16,4 % en 2050 alors qu'elle était de 15,3 % en 2015.

Il faut tenir compte à l'horizon 2050 en plus de l'augmentation de la population dépendante, la prise en compte du nombre de places en hébergement spécialisé est nécessaire. Dans ces centres, en 2015 il est comptabilisé 4,7 places pour 100 habitants ce qui représente environ 600 000 places. Cependant par les différentes augmentations, une augmentation significative des places pour 2045 sera nécessaire pour atteindre les 900 000 places en établissement. Cette estimation repose sur la condition que la répartition des personnes dépendantes entre leur domicile et l'établissement soit toujours la même.

Cette projection permet de connaître l'avenir du MAD qui sera vraisemblablement de plus en plus présent par l'augmentation de la dépendance. Aussi par l'augmentation des personnes restant à leur domicile car l'augmentation du nombre de places en hébergement à l'horizon de 2045 semble hors d'atteinte.

3.2.2 En Région Centre-Val-de-Loire

L'étude réalisée dans le cadre de cette thèse se déroule dans des pharmacies de deux départements différents à savoir le Loir-et-Cher et l'Eure-et-Loir. Ainsi connaître la situation et les particularités démographiques de la population étudiée via cette étude est importante. En 2014 (54), la région comptait 700 000 personnes âgées de 60 ans et plus, soit 27,1 % de la population ce qui est supérieur de 2,2 points à la moyenne nationale. L'espérance de vie et le taux de mortalité sont presque identiques à la moyenne nationale. A noter que 95,3 % des seniors vivent à leur domicile et un tiers vivent seul.

Alors que 88,2 % des personnes se sentent en bonne santé, il y a plus de 35 000 seniors présentant une dépendance en 2014. Cela représente 5,1 % des personnes de plus de 60 ans contre 6,3 % au niveau national. La région a un faible taux de seniors en situation de dépendance même la plus basse des régions de France. Il a été retrouvé une proportion plus importante de dépendance chez les personnes vivantes seules que celle vivantes avec au moins une autre personne, 7,7 % contre 4,7 %. La disparité entre les hommes et les femmes est également valable au niveau régional mais avec un moindre écart, par exemple à 85 ans et plus, on a un écart de 5 % entre les deux sexes au niveau de la région contre 9 % en France. Les personnes en situation de dépendance dans la région sont plus souvent logées en hébergements notamment expliquer par un taux de pauvreté assez faible. En effet, au vu du tarif élevé des institutions, les habitants peuvent alors se payer ces hébergements. L'appel à des aides techniques via du matériel de MAD est identique avec les données nationales, soit 25 % des seniors ont au moins une aide technique.

3.3 Causes de la dépendance

De nombreux facteurs de risques peuvent conduire à une dépendance. Leurs connaissances peuvent permettre la mise en place d'outils de préventions et de détections au sein de la pharmacie. Différents niveaux de risques sont exposés et qui vont conduire soit à une dépendance au long terme soit plus immédiate (55).

3.3.1 Les facteurs de risque structurel de la dépendance

Trois déterminants majeurs du corps humain et de l'entourage sont responsables de l'apparition d'une dépendance. Le processus d'apparition de la dépendance est multifactoriel où intervient principalement trois facteurs : organique, social et psychologique comme nous l'indiquait la définition de la dépendance.

3.3.1.1 Le facteur organique

Le corps humain est un facteur de dégradation de la dépendance via l'altération ou le dysfonctionnement de celui-ci à travers différentes maladies ou physiologiquement, il s'agit du vieillissement physiologique et pathologique. Pour mieux comprendre ce mécanisme, il faut prendre en compte les travaux de Wood qui catégorisent les maladies non plus par physiopathologie ou organe mais par leurs répercussions fonctionnelles. Une maladie peut avoir différent niveau d'atteinte sur le corps humain, respectivement : lésionnel, fonctionnel et social.

3.3.1.1.1 Le niveau lésionnel

Le niveau lésionnel est la source d'une déficience qui correspond à toute perte ou altération d'un organe, d'un système ou alors d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Une altération physiologique ou physique peut ainsi être provoquée ou non par une pathologie évolutive. Ce déficit peut entraîner aucune conséquence s'il est bien pris en charge par un traitement médicamenteux, chirurgicale ou une rééducation. Mais ce déficit peut conduire au niveau fonctionnel en cas d'atteinte grave ou de non traitement.

3.3.1.1.2 Le niveau fonctionnel

Le niveau fonctionnel est responsable d'une incapacité c'est-à-dire d'un manque de fonction motrice, mentale, sensorielle, viscérale à l'origine alors d'une impossibilité de réaliser certains actes. Lorsque ce stade est atteint, il y a probablement un déficit sévère ou alors une association de plusieurs déficits modérés faisant que des gestes ne soit plus possible pour réaliser ses activités, et donc subvenir à ces besoins.

3.3.1.1.3 Le niveau social

Enfin, une maladie peut conduire à un désavantage en cas d'incapacité non compensée ou trop importante, il s'agit du niveau social. En effet, le désavantage est décrit comme l'impossibilité totale ou partielle d'accomplir un rôle social ou personnel normal ou totale. Il s'agit de la phase terminale des conséquences d'une maladie sur l'Homme selon Wood.

3.3.1.1.4 Les apports de la théorie de Wood

La théorie de Wood (56), rapporte l'enchaînement d'une maladie sur le corps humain et les éléments de repérage qui peuvent être mis en œuvre en comprenant mieux les répercussions de la maladie. Le but est également d'anticiper l'évolution de la maladie via sa connaissance et les incapacités voire désavantages qu'elle entraîne. En général, l'enchaînement de ces étapes sont irréversibles notamment chez la personne âgée, la principale victime de la dépendance. Pour éviter d'être dépendant, il faut ainsi à tout prix éviter d'avoir une atteinte lésionnelle qui est le premier point de départ d'une maladie au risque d'entraîner une dépendance immédiate ou alors au plus long cours.

Ainsi ce facteur organique indique que le corps humain est lui-même sujet à provoquer une dépendance à cause de la répercussion de certaines maladies sur celui-ci. Plus précisément chez les personnes âgées où l'enchaînement des différentes étapes se fait plus rapidement à cause du vieillissement physiologique.

3.3.1.2 Le facteur social

Dans les facteurs de risques de développement d'une dépendance, le facteur social peut être à l'origine de cet état. En effet, il s'agit d'une réduction du lien social avec d'autres personnes et ceux notamment par une diminution d'échanges avec des individus via différents éléments déclencheurs de cette rupture. Dans le cadre de l'indépendance, l'intégration sociale est indispensable notamment pour réaliser ses actes de la vie quotidienne c'est à dire avoir une inclusion dans un groupe. Les facteurs sociaux sont des éléments déclencheurs ainsi que des situations responsables d'une rupture sociale.

3.3.1.2.1 L'isolement social

En tout premier lieu, le phénomène d'isolement notamment géographique et également amicale et/ou familiale est un des facteurs sociaux. Ces trois éléments peuvent être la cause comme la conséquence d'une dépendance, ils sont intimement liés. Cet isolement donne lieu à un déficit de stimulation, mais aussi à une rupture des apprentissages sociaux (57). L'apprentissage est considéré par A. Bandure comme étant le phénomène d'observation de la population pour en reproduire le comportement. Ainsi cet isolement ne permet plus de réaliser ce phénomène mais prive également l'individu d'une stimulation sociale.

Cette stimulation est à l'origine d'un stimulus cognitif, c'est-à-dire une série d'activités et de discussions donnant lieu à une amélioration générale du fonctionnement cognitif et social. Les éléments sociaux et cognitifs sont étroitement liés et ceux étant donné que le cognitif est défini comme étant l'élément permettant la connaissance soit la mémoire, le langage, la perception, la coordination ou encore le raisonnement. Ces compétences sont indispensables pour pouvoir communiquer et avoir des liens sociaux avec quelqu'un. Ainsi l'isolement social entraîne la perte d'un lien social pouvant conduire à des déficits et devenir pathologique avec des conséquences sur l'indépendance. Cela provoque alors des symptômes cliniques comme des troubles cognitifs donnant lieu à une dépendance notamment par l'existence de ces perturbations comme il peut être retrouvé chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

3.3.1.2.2 L'exclusion sociale

Le phénomène d'exclusion est fréquemment rencontré chez les personnes âgées qui sont donc retraités et n'ont ainsi plus de rôle et de statut au sein de la société. Ce changement de statut au sein de la société conduit à l'exclusion d'une partie de la société et nécessite alors de leur part de retrouver un rôle et/ou un statut dans un autre univers comme le monde associatif. De plus, chez ces personnes l'exclusion peut provoquer ou être provoquée par l'inadaptation des personnes à leur société. L'exclusion numérique est un exemple retrouvé de nos jours chez les personnes âgées qui correspond à la non-utilisation d'internet (58). De nos jours, 27 % des personnes de plus de 60 ans n'ont pas accès à internet. Cet élément représente un facteur aggravant de l'isolement social par le fait de la modification des communications entre les individus qui se fait de plus en plus par mail et par les réseaux sociaux. Ainsi sans internet, le lien social ne peut être tenu conduisant alors à l'isolement et la rupture du lien social. Il faut encourager ces personnes à retrouver un rôle et/ou un statut dans notre société pour redonner un lien social aux personnes n'en ayant plus.

3.3.1.2.3 Rôle de l'entourage

Chez ce même type de population, l'entourage est parfois un risque dans ce facteur social notamment par la dépendance sociale organisée par l'entourage. En effet, il est considéré à tort que les personnes âgées présentent un fort déclin physique et psychique. Ceci n'est pas toujours vrai, il y a un vieillissement physiologique inévitable mais qui ne conduit pas forcément à un événement pathologique ou à une dépendance.

Cette considération donne lieu alors de la part de la famille ou du personnel soignant à une infantilisation conduisant à une dépendance dans la vie quotidienne par une surprotection. En effet, cela n'encourage pas la personne à réaliser ses tâches quotidiennes donnant lieu à de l'inactivité pouvant évoluer à la dépendance. Cette inactivité est également provoquée par le sujet lui-même par le fait de l'absence de contrainte dans sa vie quotidienne comme pouvait l'être le travail ou les enfants. La personne rapproche donc l'absence de contrainte à l'inactivité ou au report ultérieure provoquant alors une atteinte organique mais également social par l'isolement.

Ce facteur social a une place très importante dans le risque de la dépendance et surtout pour les personnes âgées qui y sont très exposées à cause de leur place dans la société, le rapprochement avec la fin de vie mais aussi un fort isolement pouvant notamment être provoqué par le facteur psychologique.

3.3.1.3 Le facteur psychologique

Le facteur psychologique est le dernier facteur pouvant intervenir dans la dépendance mais qui est patient dépendant notamment dû à son état psychologique et de ses expériences de la vie. Ainsi ce facteur peut aggraver fortement la dépendance en présence d'un facteur organique ou social plutôt mineure qui ne conduit pas à la dépendance habituellement.

En effet au sein de ce facteur, l'appréhension de la vieillesse et le dénigrement personnel sont retrouvés comme l'appréhension chez les personnes âgées ayant déjà chuté avec ou sans lésions. Certains patients par cette expérience vont avoir très peur de remarcher pour ne pas retomber. Sans ces déplacements, l'indépendance est très compromise. De plus, avec l'âge et le décès de personnes de leur génération fatalement les personnes savent qu'ils se rapprochent de la mort. Ce sentiment-là peut donner des baisses de motivation ou une anhédonie dans la réalisation des tâches quotidiennes ce qui aura un impact très fort sur les autres facteurs et conduira alors directement vers la dépendance.

Ce facteur psychique intervient dans la dépendance compte tenu de l'état psychique de l'individu et les sentiments de peur, d'appréhension, de baisse de moral, de motivation et le dégoût de la vie. Les différents états néfastes peuvent alors conduire à une perte de capacité par l'aggravation ou l'apparition de facteur social et/ou organique.

3.3.2 Théorie de l'apparition de la dépendance

La dépendance est un processus qui est peut-être long dans le temps faisant entrer en jeu des facteurs déclencheurs en plus des facteurs de risques d'un individu indiqués précédemment. Le schéma de J.P. Bouchon explique l'enchaînement conduisant à une décompensation d'une fonction comme l'indépendance. Cette décompensation est classiquement provoquée par la survenue de maladies chroniques et/ou aiguës sur un individu avec un corps plus ou moins fragilisé par le vieillissement. Cette fragilité par le temps est représentée par les facteurs organiques, sociaux et psychologiques où il y a une augmentation des risques de dépendance avec l'âge. Ces propos sont illustrés par la courbe 1 sur la figure 22, le vieillissement provoque une dégradation structurelle de l'indépendance et peut ainsi conduire dans les grands âges à franchir le seuil de dépendance. Ce seuil représente en partie inférieure la dépendance quand celui-ci est dépassé.

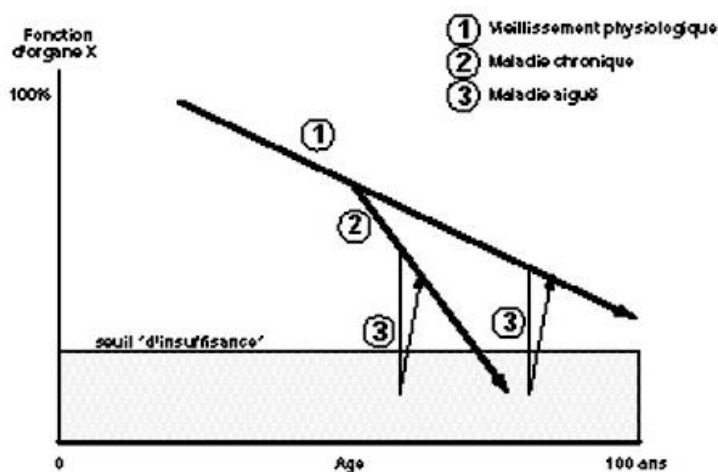


Figure 22 : Modèle de Bouchon : représentation de la décompensation d'une fonction d'organe au cours du temps (J-P Bouchon)

3.3.2.1 Les facteurs facultatifs

Les facteurs de risques précédemment exposés à eux seuls provoquent très rarement une dépendance. En plus, des facteurs dits facultatifs vont venir accélérer le processus et permettant de franchir plus rapidement le seuil de la dépendance. Ces facteurs sont surtout des maladies ou situations chroniques représentées par la courbe 2 sur le modèle de Bouchon (figure 22). Des facteurs facultatifs sont retrouvés dans chacune des catégories organiques, sociales et psychologiques.

3.3.2.1.1 Les facteurs organiques facultatifs

Sur le plan organique, les pathologies et les incapacités chroniques vont venir accélérer le vieillissement de certains organes ou tissus par la chronicité. Par exemple, l'hypertension artérielle ou le diabète sont des maladies très peu symptomatiques et simplement diagnostiquées selon la clinique et/ou la biologie. Au contraire, ces pathologies présentent des complications à long terme en cas de non-traitement, mauvais traitement ou une mauvaise observance, comme des infarctus du myocarde ou une atteinte rénale qui sont très délétères et provoquent ainsi un vieillissement précoce de ses organes voire d'un état pathologique.

3.3.2.1.2 Les facteurs sociaux facultatifs

Au niveau social, la fragilisation naturelle du lien social avec l'âge est un facteur de risque mais cela peut être accéléré et se retrouver plus tôt par des situations facultatives. Par exemple, la précarité sociale provoque un accès social restreint étant donné qu'il est difficile de nos jours de pouvoir rencontrer et tenir un lien social avec une personne d'un niveau supérieur ainsi seules les personnes de notre niveau nous sont accessibles. Dans la même idée, la crise familiale, où il n'y a plus de contact avec la famille qui est un élément social très important. Enfin, la maltraitance aggrave la fragilisation physiologique du lien social, une perte de confiance est observée envers les individus avec une projection de l'agresseur sur certains individus se refusant ainsi le contact. De plus, cet acte engendre des désordres psychologiques aggravant alors le dernier facteur structurel.

3.3.2.1.3 Les facteurs psychologiques facultatifs

Pour le facteur psychologique, l'aggravation va se faire notamment par un bilan de vie amer conduisant alors à un regret profond ne retrouvant alors aucune envie de poursuivre la vie et de se battre contre le vieillissement. Les personnalités fragiles ou encore les déficits cognitifs sont présents chez les sujets âgés et aggravent les déficits psychologiques. Mais aussi l'apparition de troubles de langage sont à l'origine d'une exclusion. Ces éléments aggravent donc la peur mais peuvent aussi provoquer un manque de raisonnement personnel fragilisant alors la réflexion individuelle qui est pourtant indispensable dans les décisions de la vie quotidienne.

3.3.2.2 Les facteurs déclenchants

Enfin, en plus des éléments vus précédemment c'est-à-dire les facteurs physiologiques du vieillissement conduisant à une dépendance de manière très lente et les facteurs facultatifs aggravant ces derniers, il y a pour terminer des facteurs déclenchants. Ces facteurs conduisent à une perte d'autonomie brutale en quelques jours voir instantanément. Ainsi les trois types de facteurs sont croissants en termes de cinétique pour atteindre le seuil de dépendance. Cependant, les facteurs déclenchants conduisent principalement à une dépendance aiguë c'est-à-dire qu'il y a une possibilité avec le temps et/ou la prise en charge de regagner de la dépendance. Souvent avec un niveau d'indépendance inférieur par rapport à l'événement aiguë. Ce phénomène est représenté par la courbe 3 sur le modèle de Bouchon (figure 22).

Préalablement, au niveau organique, les facteurs déclenchants sont toutes les pathologies aiguës à savoir les pathologies avec une installation rapide et de courte durée et symptomatique. Cet état engendre une répercussion physique sur la personne qui demande parfois une hospitalisation provoquant alors une dépendance totale. L'ensemble des traumatismes physiques peut conduire à une dépendance immédiate car peuvent conduire à des atteintes orthopédiques ou articulaires souvent à la suite d'un choc de type accident ou chute. La prise en charge demandant souvent une immobilisation d'un membre ou du corps, ce qui complique alors la vie quotidienne qui ne pouvant plus se faire seule. Dans le même ordre d'idée, les douleurs sont décrites comme étant un réel problème de société aujourd'hui notamment pour les personnes âgées d'autant plus qu'elles conduisent à une réduction des activités de l'individu et par cercle vicieux à une aggravation de ces douleurs.

D'un point de vue psychologique, l'ensemble des pathologies psychiatriques peuvent être des facteurs déclenchants lors notamment de leur phase aiguë ou lors de l'apparition de la maladie comme la dépression. Pour le facteur social, tous les conflits mais aussi les décès des proches conduisent notamment à un traumatisme pouvant conduire à une dépendance de manière aiguë.

3.4 L'évaluation clinique de la dépendance

Les professionnels de santé ont besoin d'évaluer l'état de dépendance du patient afin de confirmer le diagnostic comme toute autre maladie. Cette évaluation permet de connaître les conséquences d'une potentielle maladie sur le corps humain par l'identification des déficits engendrés et des capacités restantes. Cet élément a un objectif dans le diagnostic ainsi que dans la prise en charge en permettant d'établir un plan de soin ou encore de suivre l'évolution de l'état du patient. Enfin, cette évaluation est aussi pratiquée pour estimer le coût en aide matériel et humaine pour prendre en charge le patient mais encore estimer le temps de soin nécessaire pour l'organisation des services d'hôpital. Par la prise en compte de cette évaluation, une approche fonctionnelle de la maladie est réalisée et rejoint alors la théorie de Wood. Ainsi lors de la survenue d'une maladie ou d'une hospitalisation, en plus de soigner le patient par différentes thérapeutiques, grâce à cette évaluation, une prise en charge globale du patient est réalisée. Cela facilitera alors le retour à domicile et évite également une aggravation de la maladie par le passage en niveau fonctionnel ou social. Il est ainsi presque nécessaire d'effectuer une évaluation lors de chaque aggravation de l'état du patient pour détecter une dépendance ou une aggravation de celle-ci.

Cette évaluation du niveau de dépendance des patients se fait grâce à différentes échelles permettant d'obtenir un degré de dépendance. Il existe de nombreuses échelles disponibles remplissant ce rôle, leur différence se fait dans les critères d'observations, dans l'objectif de l'évaluation et selon la population cible.

3.4.1 Les échelles pour l'évaluation de la personne âgée

Des outils d'évaluations sont essentiellement à destination des seniors et donc retrouvés dans les services de gériatrie au quotidien (50,59). En effet, ils prennent en compte les déficits ou démences majeures de cette population et les éléments élémentaires dont l'Homme a besoin pour subvenir à ses besoins tous les jours.

3.4.1.1 L'échelle des activités de la vie quotidienne – indice de Katz

Une des premières grilles d'évaluations est l'indice de Katz, son inventeur ou encore nommé l'échelle des activités de la vie quotidienne (AVQ) pour ces critères d'observations. En effet, cet instrument évalue de manière binaire, capable ou pas capable de réaliser différentes tâches au quotidien c'est-à-dire l'habillage, les soins corporels, la toilette, le transfert, l'alimentation et l'évaluation de la continence.

Avec la grille d'évaluation, un score sur 6 est obtenu avec pour chaque item, 1 point si l'individu est capable de le réaliser sinon 0 point lui est attribué. Un score inférieur à 3 indique que le patient présente une dépendance, il lui faut donc une aide humaine ou technique pour l'aider au quotidien. La dépendance dû à un trouble locomoteur est ici dépistée grâce à ce questionnaire. Une indépendance complète est retrouvée avec le score maximum de 6.

Il s'agit donc d'un outil d'évaluation de la dépendance et de suivi comme l'observation est totalement reproductible dans le temps par l'observation d'éléments simples. Ainsi cette échelle peut être utilisée par tous les professionnels de santé et par le patient ou son entourage par sa simplicité. Cependant, il est noté comme inconvénient la non prise en compte de la capacité de déplacement du patient qui est un élément primordial pour être indépendant.

3.4.1.2 L'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne – Test de Lawton

Le test de Lawton ou l'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne est une échelle complémentaire de la précédente et qui est conseillé d'être fait simultanément étant donné que les critères d'observations sont différents. Cependant son objectif et son fonctionnement sont similaires.

Cette échelle observe la capacité de réalisation de différentes tâches quotidiennes mais qui demandent la mobilisation des fonctions cognitives dites instrumentales. En effet ces activités demandent un raisonnement, une prise de décision, des calculs ... Les éléments observés sont l'utilisation du téléphone, la réalisation des courses, la cuisine, le ménage, la gestion du linge, le transport du patient, la gestion des médicaments et de son argent.

Chaque catégorie est évaluée avec un ensemble de propositions de comportements, il faut choisir celui convenant au mieux à la situation du patient. Un score sur 8 est obtenu pour les femmes et sur 5 pour les hommes comme pour ces derniers les activités cuisiner, ménage et gestion du linge sont supprimés pour éviter tout biais pour des activités non pratiquées.

3.4.1.3 Grille d'autonomie gérontologique groupes iso-ressources

3.4.1.3.1 Définition et but

L'AGGIR (60) est également un système permettant l'évaluation de la dépendance des personnes âgées qui est beaucoup plus récente que les autres. En effet, elle a été élaborée notamment à partir des autres systèmes d'évaluation disponibles pour regrouper les éléments les plus intéressants et adaptés. D'autant qu'il s'agit d'un outil légal inscrit à la loi française en 1997. Cette légitimité est due au fait que l'objectif de cette grille est l'évaluation du coût de la dépendance du malade. En effet, l'AGGIR sert en France à déterminer si une personne a le droit de bénéficier de l'APA et d'en préciser le montant de l'aide.

Ainsi après évaluation, les patients sont classés en six GIR différents correspondants chacun à un niveau de dépendance. Le droit d'obtenir une aide est accordé pour les personnes de GIR 1 à 4 au contraire des GIR 5 et 6 dont ils peuvent seulement demander une aide-ménagère à leur caisse de retraite. Cette évaluation se fait au domicile du patient par un membre de l'équipe médico-social de l'APA du conseil départemental du domicile. Les six groupes représentent des niveaux de patients avec des besoins différents.

Il est important de noter que la grille AGGIR a d'autres utilisations que celle indiquée initialement dans le journal officiel. L'évaluation est nécessaire dans les EHPAD pour permettre d'établir le forfait journalier. Ce dernier se décompose en un tarif hébergement qui est fixe à la charge du patient, d'un tarif de soins journalier à la charge de l'assurance maladie et d'un tarif de dépendance variable selon le GIR. Ainsi plus le GIR est bas, plus le tarif dépendance sera élevé par le fait qu'il demandera plus d'aide humaine et/ou matérielle. Cela ouvre le droit à l'obtention de l'APA qui permettra de prendre en charge cette dépense.

De plus à partir des GIR d'un ensemble de patients, le GIR moyen pondéré (GMP) est calculé. Ce dernier permet de donner le niveau de dépendance des résidents d'un établissement et donnera une appellation, une organisation et un financement différent. Plus le GMP est élevé, plus la dépendance des résidents est importante. Ainsi, par exemple un établissement avec un GMP supérieur à 700 est considéré comme étant un hôpital gériatrique.

3.4.1.3.2 L'utilisation de la grille AGGIR

L'évaluation se fait grâce à 10 variables discriminantes à savoir : les déplacements à l'extérieur, à l'intérieur, le transfert, l'élimination urinaire et fécale, l'alimentation, la toilette, la cohérence, l'orientation, l'habillage et la communication à distance. Des items rappelant l'indice de Katz et le test de Lawton sont retrouvés permettant de prendre en compte les problèmes moteurs et/ou cognitifs. De plus, la notion des déplacements, élément critiqué sur l'indice de Katz a été rajouté dans la grille. Pour chaque variable, il est attribué une lettre selon le niveau de réalisation : A = fait seul totalement, habituellement, correctement ; B = fait partiellement ; C = ne fait pas.

Après l'évaluation de chaque variable, un code d'enchaînement de 10 lettres (A,B ou C) est obtenu comme AACBCCABAB par exemple. A partir d'un algorithme qui intègre de nombreux logiciels, la correspondance entre le code à 10 lettres et le GIR est obtenue.

En plus de ces variables, il existe sept autres variables considérées comme étant illustratives. Et ceux par le fait qu'elles ne rentrent pas dans le système de calcul du GIR mais servent à évaluer la dépendance domestique et sociale. En effet, l'observation de l'ensemble des critères suivants est réalisée à savoir la gestion, la cuisine, le ménage, le transport, les achats, le suivi du traitement et les activités de temps libre. De nombreux critères d'observations du test de Lawton sont retrouvés. Les réponses accordées à ses variables permettront d'approfondir l'évaluation de la dépendance et de permettre une bonne prise en charge.

La grille AGGIR est critiquée sur les critères observés comme au début elle était utilisée en institution pour connaître la charge en soins. Ainsi, il n'y a pas eu d'adaptation au changement d'objectif et au lieu d'observation. L'absence de la prise en compte des besoins de surveillance à domicile est notifiée. De plus, seulement les éléments déficitaires et pas les productifs comme l'agitation par exemple sont évalués. De plus, de nombreuses incohérences sur le résultat de l'algorithme ont été observées. Des modifications sur un seul critère peuvent complètement changer le résultat du GIR ou encore le passage de B à C sur un critère peut entraîner une diminution du GIR, ce qui est à l'encontre de la logique du test. Il faut ainsi avoir un regard bienveillant lors de la réévaluation d'un individu pour s'assurer de la logique des résultats.

**Deuxième partie : Etude des patients et
des besoins des patients possédant un lit
médicalisé en location dans plusieurs
pharmacies**

1 Présentation de l'étude

1.1 Les objectifs de l'étude

L'étude réalisée dans le contexte de cette thèse a pour objectif d'étudier le profil et les besoins des patients bénéficiant d'un lit médicalisé à domicile.

1.1.1 Premier objectif

Préalablement, la première interrogation est « quels sont les patients qui possèdent un lit médicalisé ? » Cette étude va ainsi permettre de décrire la population possédant réellement un lit médicalisé à domicile sachant que la population cible d'un lit médicalisé comme indiqué dans son critère de remboursement dans la LPPR est « l'absence ou la perte d'autonomie ». Cela est très vaste et n'identifie pas spécifiquement la population comme cela peut être le cas pour un médicament. En effet, les médicaments ont une indication précise permettant de connaître la population cible très facilement car ils sont à l'attention des patients ayant des valeurs biologiques modifiées, un ou des symptômes ou encore des modifications anatomiques, physiologiques.

Les informations recueillis permettront de développer le conseil et avoir une meilleure orientation du patient vers l'acquisition d'un lit médicalisé. Cela servira également dans l'intérêt du pharmacien pour développer son activité de MAD via l'acquisition de nouvelles méthodes de détection de la population cible.

1.1.2 Deuxième objectif

Deuxièmement, pour approfondir le sujet sur la location et la vente de lit médicalisé, l'étude vise également à répondre à la question, « quels sont les besoins matériels ou non de ses patients ? » et « quelle est l'évolution de la prise en charge de leur MAD ? ». En effet ces questions sont intéressantes pour le pharmacien en apportant un grand nombre de retours d'expérience d'utilisation d'un lit médicalisé dans un parcours de MAD. Ce deuxième point permet ainsi d'améliorer la prise en charge du patient dans son maintien à domicile mais à également un intérêt économique pour le pharmacien.

Privilégier la prévention plutôt que le curatif est souhaitable en MAD afin d'offrir une meilleure prise en charge des patients. Il s'agit d'éviter d'attendre qu'un événement néfaste/indésirable se manifeste pour installer du matériel médical. Par la connaissance de l'évolution de prise en charge, il est possible d'anticiper de nombreuses choses et d'instaurer des mesures préventives contre un risque quand celui-ci est identifié.

Pour le pharmacien, outre renforcer sa posture de professionnel de santé et ses compétences, des avantages d'ordre économique peuvent être apportés par le développement de l'activité. Ce développement est possible par une confiance et une meilleure réputation du pharmacien dans le domaine du MAD ce qui peut permettre de prendre de l'avance sur les concurrents directs. Pour cela, le pharmacien doit acquérir de nouvelles compétences et améliorer la prise en charge de ces patients. Enfin cette partie de l'étude va permettre de rechercher des clés pour la troisième partie, comment développer son activité de MAD ?

1.2 Le type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle à visée descriptive réalisée à partir des prescriptions d'un lit médicalisé dans six officines du Loir-et-Cher et d'Eure-et-Loir. La population desservie par ces officines est d'environ 21 500 habitants. L'étude se déroule sur la période du 1^{er} juillet 2020 au 30 juin 2021, soit un an.

1.3 La population cible

Les personnes inclues dans l'étude sont tous les patients ayant déjà un lit médicalisé à leur domicile au 1^{er} juillet 2020 ainsi que tous les nouveaux patients bénéficiant d'une nouvelle prescription d'un lit médicalisé sur la durée de l'étude.

1.4 Déroulement de l'étude

1.4.1 La collecte des données

L'étude comporte deux parties : une première partie sur le recueil de données à partir des informations dont dispose la pharmacie et une deuxième partie qui est la réponse à un questionnaire par les patients. Toute information même incomplète est acceptée dans le cadre de l'étude.

1.4.1.1 Recueil d'informations auprès des pharmacies

La première partie de l'étude se fait à partir des informations dont dispose la pharmacie qui réalise la location du lit médicalisé. Ces informations sont recueillies à partir du logiciel d'aide à la dispensation et à partir des documents annexes que peut détenir la pharmacie sur la location du matériel. Par la bonne connaissance des patients par l'équipe officinale, des informations non enregistrées dans les dossiers numériques ou papiers peuvent être également collectées. Toutes les informations sont rassemblées sur une fiche dite « fiche patient » (Annexe 1).

Les informations recueillies concernent le patient (âge, sexe, mode de vie), sa maladie et ses médicaments, informations autour du lit médicalisé (type de lit, matelas, accessoires, les prescripteurs, réparation, motif d'utilisation), élément de MAD dispensé par la pharmacie ...

1.4.1.2 Questionnaire patient

La seconde partie est fondée sur un « Questionnaire patient » (Annexe 2) distribué à l'ensemble des personnes possédant un lit médicalisé en location pendant la période de l'étude. Le questionnaire se compose de 11 questions reprenant certains items de la précédente partie pour confirmer ou obtenir la vision du patient. Les informations demandées dans le questionnaire concernent le parcours de la dispensation du lit médicalisé (par qui, pourquoi), la connaissance du patient sur le MAD (acteurs de dispensation de matériel) et les besoins du patient.

Au vu de la population cible du questionnaire, il est recevable que celui-ci soit complété par une personne de l'entourage. D'ailleurs cela offre la possibilité d'avoir plus d'informations qu'avec le malade lui-même sur l'ensemble des démarches menées autour de son MAD.

1.4.2 Les aspects réglementaires de l'étude

Pour assurer la protection des données personnelles, il a été nécessaire d'établir des mesures pour informer les patients que certaines de leurs informations les concernant ont été utilisées pour la réalisation d'une étude dans le cadre d'une thèse d'exercice. Le règlement général sur la protection des données (RGPD) a été appliqué avec une double information au vu du protocole de l'étude.

Pour la partie sur le recueil d'informations à partir des informations dont dispose la pharmacie, une lettre d'information (Annexe 3) à destination des patients est affichée dans la pharmacie. Cette lettre explique le but, les éléments recueillis, les droits et voies de recours des patients en cas d'opposition au recueil d'informations.

Pour la partie du questionnaire, lors de sa remise au patient ou à sa famille, sont également distribué le document intitulé « autorisation d'utilisation des données » (Annexe 4) ainsi que le courrier d'information (Annexe 5) comparable à celui exposé en pharmacie. Le premier document doit ainsi être obligatoirement redonné pour que le traitement des données du questionnaire puisse être réalisés.

L'ensemble de cette partie juridique a été mené en coordination avec le service des affaires juridiques, institutionnelles et de protection des droits de la faculté de Tours qui a réalisé une information à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

1.4.3 L'anonymisation des données

Toutes les données ont été totalement anonymisées et étudiées de façon globalisées selon les dispositions éthiques et déontologiques du RGPD.

2 Présentation des résultats de l'étude

Dans le cadre de l'étude, 133 patients ont été inclus entre le 1^{er} juillet 2020 et le 30 juin 2021 selon les critères d'inclusions. Un questionnaire a été obtenu pour 43 d'entre d'eux soit 32 % de l'effectif total. Ce chiffre est dû à une non distribution du questionnaire au patient ou à son entourage ou à un non retour de leur part. Certains renseignements sont absents pour des patients donnant des effectifs parfois inférieurs à 133 patients.

2.1 **Le profil des patients**

La première analyse de l'étude concerne les caractéristiques identitaires du patient (âge, sexe, IMC, conditions de vie) mais également les pathologies et traitements associés. Cette partie permet d'établir un profil du sujet qui a un lit médicalisé et d'étudier si un patient avec un lit médicalisé est significativement différent au niveau de la prise des médicaments que la population générale.

2.1.1 Le sexe

Parmi les 133 patients ayant eu recours à un lit médicalisé, il a été comptabilisé 76 femmes (57 %) et 57 hommes (43 %) (figure 25).

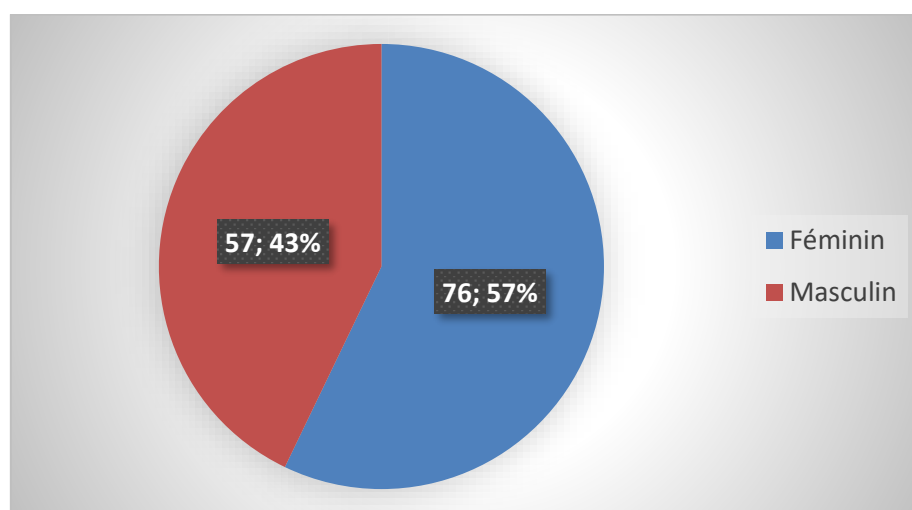


Figure 25 : Sexe des patients possédant un lit médicalisé

2.1.2 L'âge

L'âge du patient a été défini comme étant celui au jour de l'installation du lit médicalisé afin d'estimer vers quel âge en moyenne un patient a besoin d'un lit médicalisé. L'âge moyen retrouvé dans l'étude est de 76 ans avec une médiane de 81 ans.

A noter que dans la population étudiée, il a été inclus un enfant de 1 an, valeur à l'écart des autres résultats. La moyenne et la médiane ont ainsi été recalculées sans cette valeur donnant respectivement un âge moyen de 77 ans et une médiane de 81 ans.

Les résultats obtenus (moyenne 77 ans et médiane 81 ans) signifient que 50 % des patients de l'étude sont âgés de plus de 81 ans lors de l'installation d'un lit médicalisé. L'écart type de l'âge moyen de la population est de 16 ans et après réajustement des valeurs de 14,63 ans. Les écarts types sont élevés signifiant que l'âge moyen des personnes ayant recours à un lit médicalisé est très variable. Pour mieux se rendre compte de l'âge des patients, la figure 33 représente le nombre de patients par tranche d'âge de 5 ans ayant eu besoin d'un lit médicalisé. Deux zones distinctes sont identifiées sur le graphique, d'une part entre 0 et 74 ans et de l'autre part au-dessus de 75 ans. En effet, pour la première partie, à chaque tranche d'âge de 5 ans, la même fréquence d'installation est observée. Cette observation est retrouvée dans la deuxième partie mais d'une manière plus importante à l'exception de la tranche d'âge 95-100 ans du fait du grand âge où la population est assez faible.

Sur l'étude de la population au-delà de 75 ans, la moyenne est de 85 ans comme le confirme la médiane. Par la séparation de l'échantillon en 2, l'écart type obtenu est de 5 ans permettant de conforter la moyenne d'âge d'installation d'un lit médicalisé dans cette partie de la population.

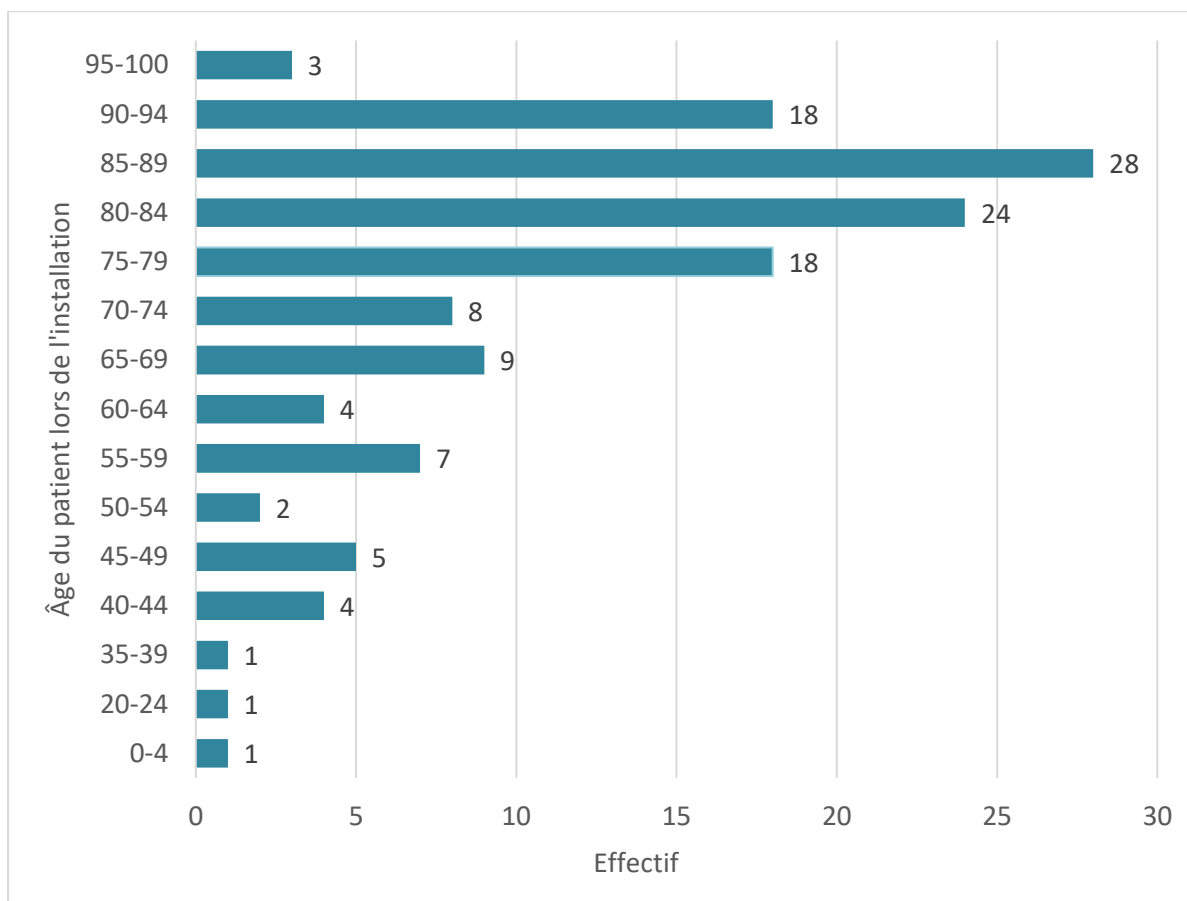


Figure 26 : Nombre d'installations réalisées au regard de l'âge du patient

2.1.3 L'âge et le sexe

En plus, d'étudier l'âge des patients lors de l'installation et leur sexe, l'étude séparée de l'âge moyen chez les hommes et les femmes a été réalisée (figure 26). Chez les hommes, il est retrouvé un âge moyen à 74 ans avec une médiane de 79 ans. A l'inverse, chez les femmes, la moyenne d'âge de l'installation d'un lit médicalisé est de 78 ans et une médiane de 82 ans.

Chez les hommes, c'est surtout à partir de 65 ans qu'il est observé le plus d'installations d'un lit médicalisé alors que cela se situe surtout vers 75 ans chez la femme donnant un décalage de 10 ans entre les deux sexes. En prenant en compte seulement la population de plus de 75 ans, il n'existe pas de différence concernant l'âge moyen nécessitant une installation entre la population féminine et masculine étant respectivement de 85 et 84 ans.

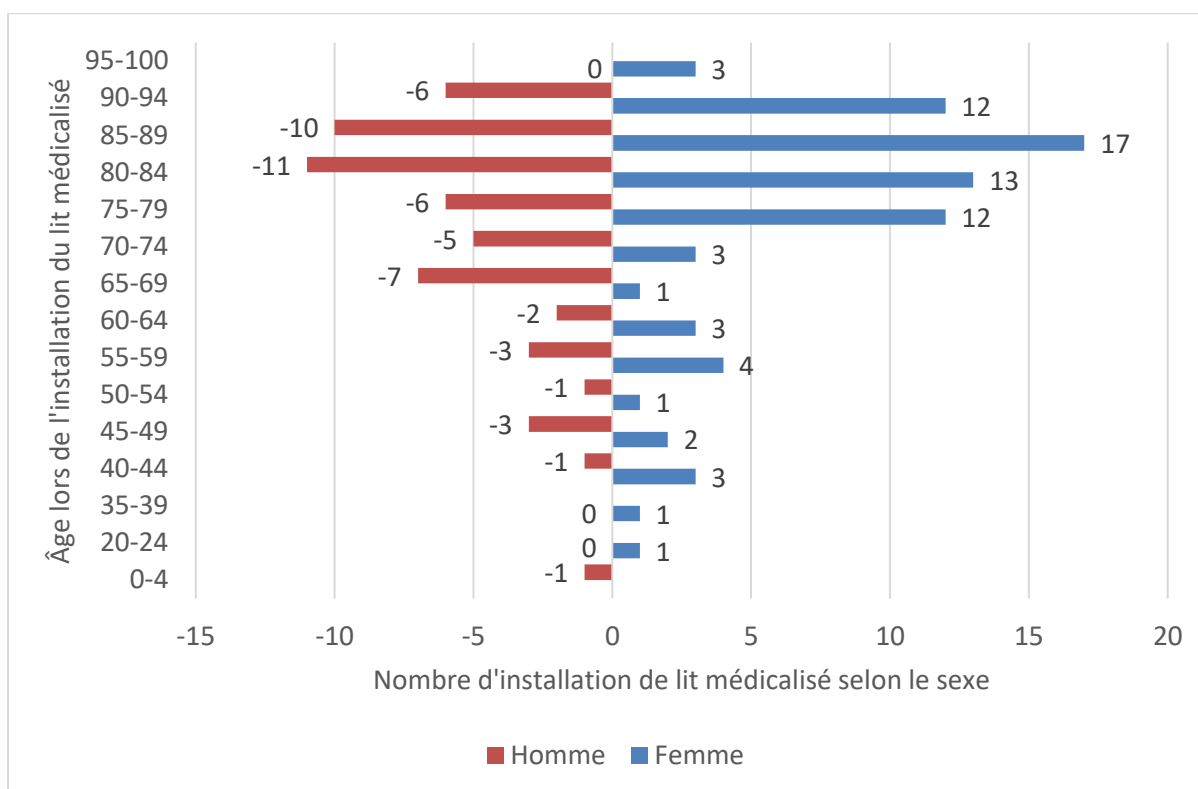


Figure 27 : Pyramide des âges selon le sexe à l'installation d'un lit médicalisé

2.1.4 Le patient vit-il seul ou accompagné ?

L'étude a révélé que 60 % des patients étaient quotidiennement accompagnés et en général par leur conjoint. Ainsi 40 % des patients vivent seuls une partie de la journée en dehors de potentielles aides.

2.1.5 L'indice de masse corporel

L'indice de masse corporel (IMC) de 39 patients a pu être calculé en divisant le poids (exprimé en kilos) par la taille au carré (exprimée en mètre) (figure 27). La moyenne des IMC des patients possédant un lit médicalisé est de 25,72 kg/m², reflétant un surpoids sur cette population. Il est dénombré 18 patients en corpulence normale (IMC entre 18,5 et 24,9 kg/m²), 15 en surpoids (IMC entre 25 et 29,9 kg/m²) et 6 patients en obésité modérée (IMC entre 30 et 34,9 kg/m²).

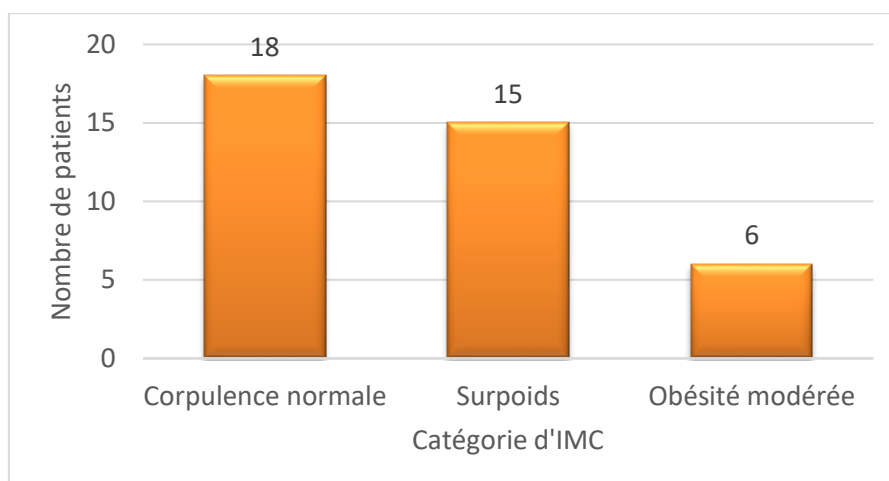


Figure 28 : Indice de masse corporelle des patients possédant un lit médicalisé

2.1.6 Les traitements

L'ensemble des traitements que le patient possédait au moment de la mise en place du lit médicalisé a été pris en compte à travers les ordonnances dispensées par la pharmacie. Les traitements des patients ont été étudiés de manière qualitative (nom des principes actifs) mais aussi quantitative (nombre de principes actifs). Les principes actifs ont été comptabilisés et non les médicaments au vu des médicaments comportant des associations de principes actifs.

2.1.6.1 Le nombre de principes actifs par patient

Sur les 113 patients pour lesquels les données pour le traitement étaient disponibles, il est retrouvé en moyenne 7,8 principes actifs par patient avec une médiane de 7 (figure 28).

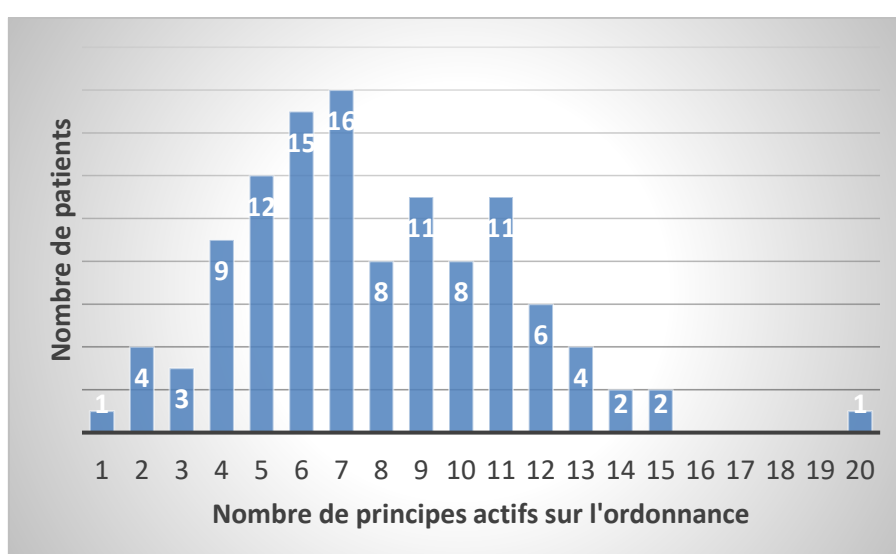


Figure 29 : Nombre de principes actifs sur l'ordonnance des patients possédant un lit médicalisé en location à domicile

2.1.6.2 Les traitements des patients

L'ensemble des principes actifs auxquels les patients ont recours au quotidien au moment de l'installation du lit médicalisé a été répertorié. Le tableau VII représente la fréquence de ces principes actifs par pathologie clairement identifiée.

Tableau VII : Prévalence des pathologies des patients possédant un lit médicalisé à domicile

Pathologie ou classe pharmaceutique	Prévalence dans l'étude
<u>Hypercholestérolémie</u>	33,05 %
<u>Diabète</u>	26,27 %
<u>Dénutrition</u>	24 %
<u>Dépression</u>	22,03 %
<u>Hypothyroïdie</u>	14,41 %
<u>Maladie de Parkinson</u>	8,47 %
<u>Sclérose en plaques</u>	5,08 %
<u>Epilepsie</u>	4,24 %

Pour les autres médicaments, la pathologie n'a pas pu être déterminée précisément, ainsi la fréquence de prescriptions de certaines classes pharmaceutiques ou médicaments est présentée dans le tableau VIII.

Tableau VIII : Fréquence de prescriptions de certaines classes pharmaceutiques ou médicament chez des patients possédant un lit médicalisé à domicile

Classe pharmaceutique	Fréquence
Médicament de la sphère cardiaque	78,81 %
IEC/sartans	39,08 %
Paracétamol	38,98 %
Inhibiteur de la pompe à protons	38,13 %
Diurétique	37,29 %
Vitamine D	32,20 %
Constipation	28,81 %
B-bloquant	27,12 %
Anti-coagulants oraux (AVK et AOD)	24,57 %
Inhibiteur calcique	22,03 %
Antalgique de palier 2	17,80 %
Benzodiazépine anxiolytique	16,10 %
Arthrose / ostéoporose	13,56 %
Hypertrophie bénigne de la prostate	12,71 %
Anti-uricémiant	11,86 %
Benzodiazépine hypnotique	9,32 %
Antalgique de palier 3	9,32 %
Anti-arythmique	8,47 %

2.2 Le lit médicalisé

L'étude s'intéresse également au lit médicalisé et à son univers à part entière. Les éléments étudiés sont le choix du lit et du matelas, le temps d'utilisation du lit médicalisé au quotidien, l'indication ainsi que l'avis du patient sur le lit médicalisé. Le prescripteur du lit médicalisé a également été analysé ainsi que la personne à l'origine de la demande de prescription.

2.2.1 Le type de lit médicalisé

Lors de la demande de location d'un lit médicalisé, il faut choisir le type de lit parmi les différents lits existants (lit simple avec deux ou trois moteurs, lit deux personnes, lit enfant, lit alzheimer ou pour personne forte).

L'étude révèle que le lit « une personne » avec deux moteurs est celui le plus fréquemment installé, représentant ainsi 90 % des installations soit 120 sur les 133 lits (figure 29). Le deuxième lit, le plus mis en location (7 lits) est le lit pour une personne avec 3 moteurs c'est-à-dire avec le relève jambe électrique. La location des autres lits est de 1 pour le lit pour personne de forte corpulence, 4 pour le lit alzheimer et 1 lit pour enfant. Aucune location de lit deux personnes n'a été retrouvée dans l'ensemble des pharmacies.

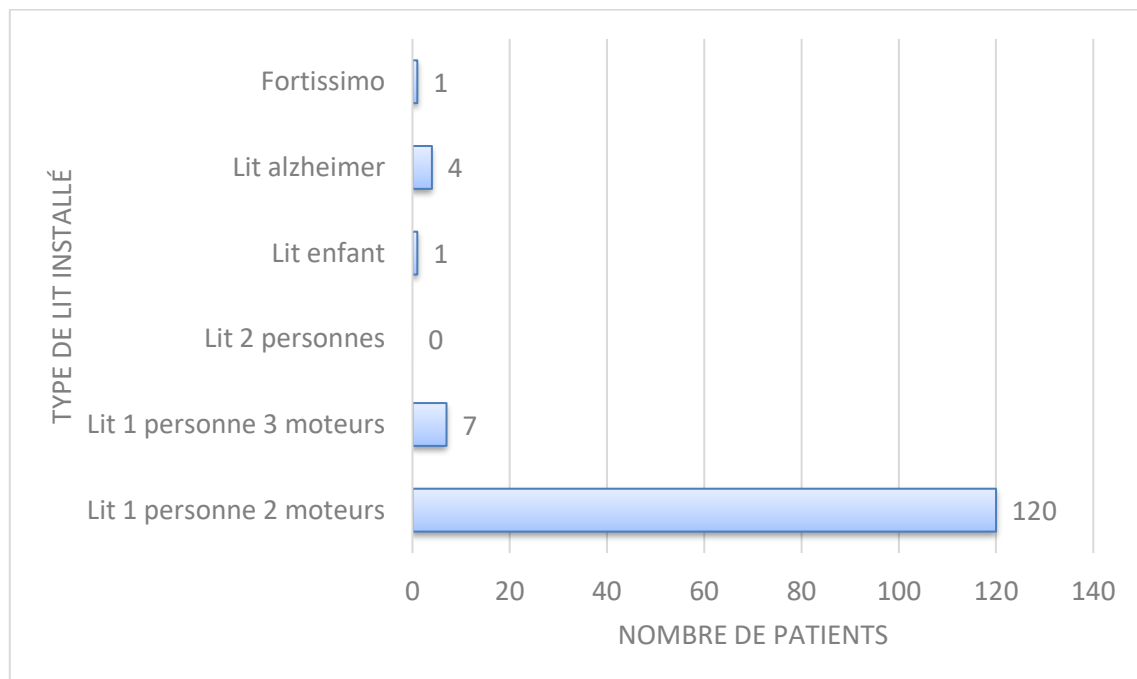


Figure 30 : Type de lit installé au domicile des patients

2.2.2 Le temps d'utilisation du lit médicalisé

Par le biais du questionnaire, le temps d'utilisation journalier du lit médicalisé était demandé afin de comprendre l'utilisation qu'en font les patients à savoir « lieu pour dormir » ou « lieu de vie » (figure 30). La moyenne d'utilisation sur 43 patients est de 11 h 26 avec des valeurs minimales et maximales de 6 h 30 à 24 h. La médiane confirme la valeur de la moyenne avec un résultat de 10 heures.

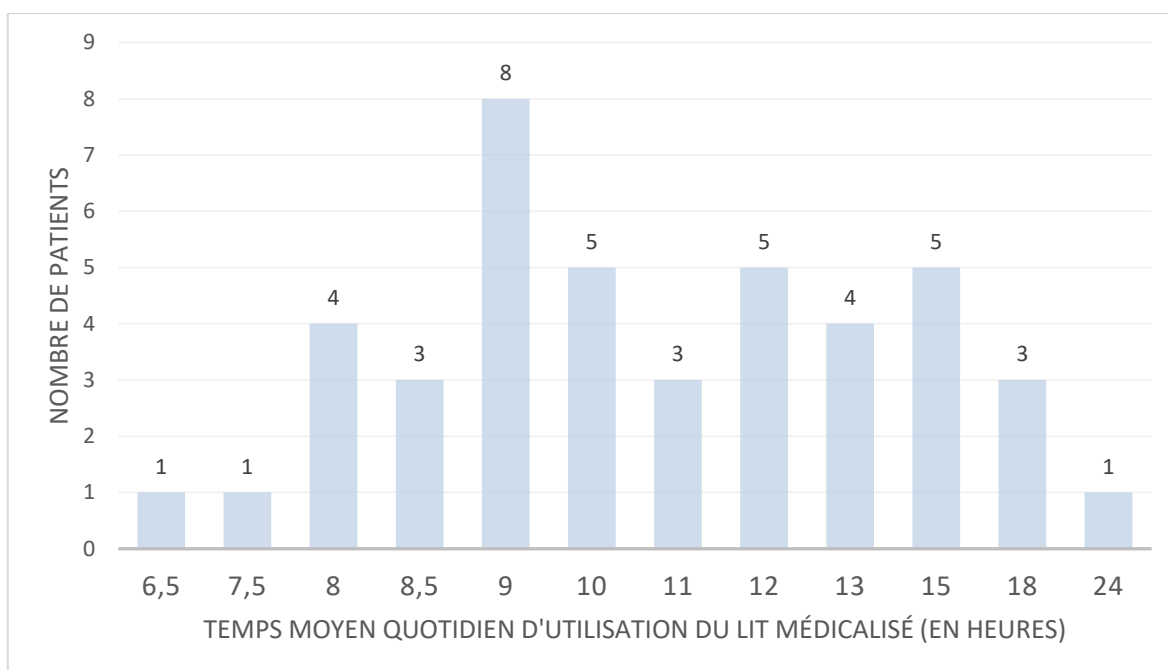


Figure 31 : Temps d'utilisation journalier du lit médicalisé par les patients

2.2.3 Le type de matelas

La location d'un lit médicalisé s'accompagne de la vente d'un matelas adapté aux besoins du patient et adapté aux dimensions du lit. De nombreux types de matelas existent selon le risque de développer une escarre mais aussi en fonction du patient (incontinence, mobilité, confort ...).

La figure 31 indique la répartition du type de matelas installé. Les pharmacies dispensent dans 87 % des cas un matelas anti-escarre (111 installations sur 127). Parmi les matelas anti-escarre, ceux principalement installée sont le matelas à air, le matelas gaufrir et le matelas à mémoire de forme. Le matelas à mémoire de forme est le matelas le plus fréquemment dispensé à savoir 74 % des installations. Dans l'ordre de fréquence pour les autres matelas, le matelas clinique a été dispensé 16 fois (13 %), un matelas à air 10 fois (8 %) et 7 fois pour le matelas gaufrir (5 %).

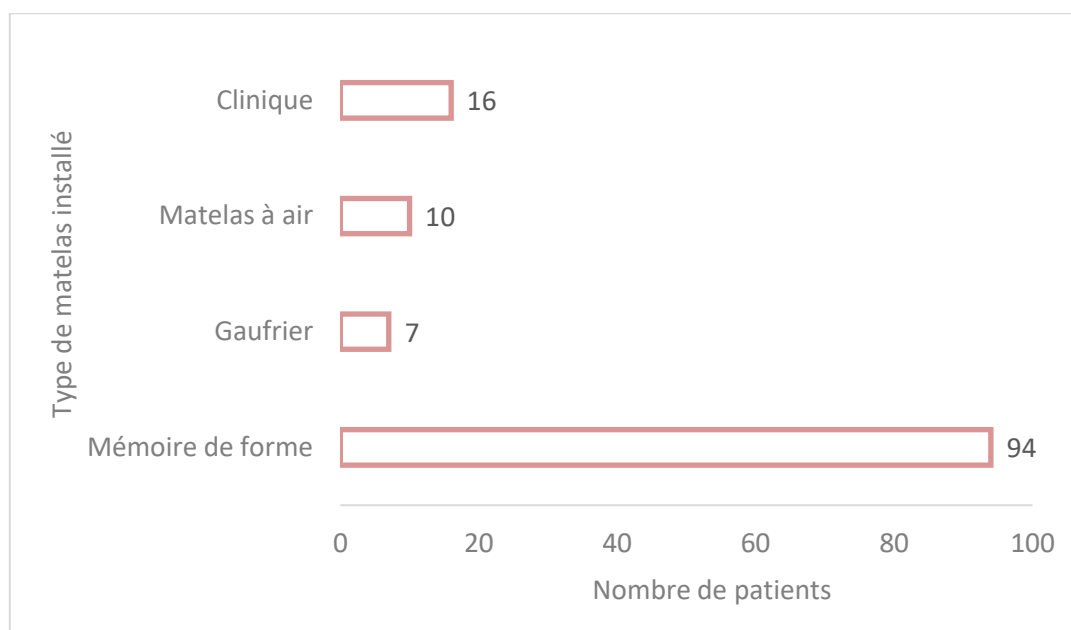


Figure 32 : Types de matelas à l'installation du lit médicalisé

2.2.4 La vision des patients sur le lit médicalisé

Le questionnaire patient avait également comme objectif d'identifier quel étaient pour eux les avantages et inconvénients du lit médicalisé. Ceci afin de pouvoir constituer une liste d'arguments s'appuyant sur des données provenant d'utilisateurs pouvant venir ultérieurement étayer le conseil pharmaceutique lors de la dispensation.

A partir des 43 questionnaires complétés, les avantages les plus cités à hauteur de 33 % sont notamment la simplicité d'utilisation du lit et l'aspect pratique apporté par le lit pour les personnes elles mêmes mais aussi pour leur entourage. Effectivement, 6 personnes sur 43 ont souligné l'importance de la double utilité pour le malade et l'aidant (tableau IX).

Seuls deux inconvénients ont été énoncés par les patients. Le premier est l'absence de la fonction électrique au niveau des pieds et le second concerne la taille du lit jugée trop petite.

Tableau IX : Recueil du point de vue des patients sur l'utilisation d'un lit médicalisé

Avantages / Inconvénients	Nombre de fois recueillis
Simple d'utilisation	15
Pratique	14
Confortable	7
Utile pour les aides à domicile et/ou famille	6
Sécurisant	4
Aide pour ma maladie	3
Que des avantages	3
Facilite le quotidien	2
Très adapté	1
Pas électrique au pied	1
Trop petit	1

2.2.5 La satisfaction du patient sur le lit médicalisé

Le lit médicalisé pour le grand public est souvent mal perçu et le conseiller est souvent difficile car vécu comme étant dégradant. Néanmoins, l'interrogation des patients en possédant un, montre que 93 % d'entre eux sont totalement satisfaits et ne regrettent pas l'installation du lit. Pour les autres, l'insatisfaction concernait le lit (demande d'un lit à trois fonctions) ou le choix du matelas.

2.2.6 L'indication du lit médicalisé selon le patient

Les patients devaient répondre à la question « Pourquoi le médecin vous a-t-il prescrit un lit médicalisé ? ». Cette question a pour but d'identifier l'indication de ce type de matériel selon les patients.

Les résultats du questionnaire sont rapportés dans le tableau X avec pour chaque indication le nombre de fois qu'elle a été exprimée sachant qu'un patient a pu donner plusieurs indications. Les 2 principaux motifs pour lesquels un lit médicalisé a été prescrit sont la chute et la perte de mobilité dans un tiers des cas ainsi que la maladie et le handicap où une baisse voire une perte « d'autonomie » a été provoquée par ces derniers.

Tableau X : L'indication du lit médicalisé selon les patients

Indication du lit médicalisé	Nombre de fois recueillis
Difficultés pour marcher, risque de chute et/ou chute	14
Baisse et perte d'autonomie en lien avec une maladie/handicap	11
AVC, hématome et tumeur cérébral	6
Difficultés dans un lit ordinaire	4
Intervention chirurgicale	3
Baisse de l'autonomie en lien avec l'âge	2
Baisse de la vue	1
Pouvoir rester à mon domicile	1
Suite malaise	1
Demande de la famille	1

2.2.7 La personne à l'origine de la prescription

Les patients ont été interrogés sur la personne qui est à l'origine de la demande d'un lit médicalisé. Les réponses à cette question ont pour but d'orienter le pharmacien vers les personnes auxquelles il faut s'adresser pour argumenter de l'utilité d'un lit médicalisé.

Le tableau XI présentant les résultats à un total supérieur à 100 % étant donné que plusieurs personnes ont pu être à l'origine de la prescription pour un même patient. Les médecins toutes spécialités confondues sont les premières personnes à l'origine de la prescription réalisée par leurs soins (77 %). En deuxième position, la famille est présente dans un quart des situations d'installation de lit médicalisé (23 %). De manière moins importante, le pharmacien et le patient peuvent également être à l'origine de la prescription, 5 % mais aussi l'infirmière libérale et aide à domicile notamment pour leur éventuel confort.

Tableau XI : Les personnes à l'origine de la prescription

Personne à l'origine de la prescription	Fréquence
Médecin	77 %
Famille	23 %
Pharmacien	5 %
Patient	5 %
Infirmière libérale	2 %
Aide à domicile	2 %

2.2.8 La spécialité du médecin prescripteur

Pour l'ensemble des patients, la spécialité du médecin à l'origine de la primo-prescription du lit médicalisé a été étudiée afin de connaître qui sont les médecins les plus prescripteurs. Afin de pouvoir éventuellement se rapprocher de ces médecins pour assurer une collaboration dans la prise en charge de la dépendance du patient.

Les médecins généralistes sont à l'origine des primo-prescriptions dans 64 % des cas et ce sont les médecins hospitaliers qui réalisent les autres prescriptions (36 %). Parmi les médecins hospitaliers (tableau XII), les médecins intervenant auprès des personnes âgées sont les plus fréquents : gériatrie 11 %, soins de suite et de réadaptation 4 %. Des spécialités intervenant dans le champ de la chirurgie (3 %) et de la rééducation (4 %) sont également présentes.

Tableau XII : Fréquence de primo-prescription des médecins hospitaliers à l'origine de la prescription

Spécialité médecin hospitalier	Fréquence
Gériatrie	11 %
Médecine interne	5 %
Médecine physique et réadaptation	4 %
Soins de suite et de réadaptation	4 %
Cancérologie	3 %
Chirurgie orthopédique	3 %
Urgence	2 %
Neurologie	1 %
Néphrologie	1 %
Cardiologie	1 %

Le renouvellement des ordonnances est essentiellement assuré par le médecin généraliste, le plus souvent sur demande du pharmacien.

2.3 Le patient et le MAD

Dans cette partie, l'ensemble des résultats autour du matériel de MAD et de la connaissance des patients sur ce domaine sont présentés. Les résultats vont servir à développer et améliorer le conseil associé du pharmacien autour du lit médicalisé.

2.3.1 La connaissance des distributeurs de matériels de MAD

Dans le questionnaire, il a été demandé aux patients s'ils connaissaient d'autres distributeurs de matériel de MAD. Les patients affirment à hauteur de 62 % ne pas connaître de concurrents aux pharmacies d'officine. Un peu plus d'un tiers des patients (38 %) se sont adressés en priorité à une pharmacie pour la location d'un lit médicalisé alors qu'ils connaissaient d'autres distributeurs notamment en le nommant pour 71 % d'entre eux.

2.3.2 L'orientation des patients vers une pharmacie

L'ensemble des patients de l'étude s'est adressé à une pharmacie d'officine afin d'avoir un lit médicalisé en location alors qu'il existe d'autres fournisseurs. La question « pourquoi êtes-vous venu en pharmacie ? » a été posée au patient pour mieux connaître les raisons de ce choix.

Sur l'ensemble des personnes ayant répondu au questionnaire, les arguments émis par les patients sont présentés dans le tableau XIII. Les 2 principaux arguments rapportés sont le fait que les pharmaciens sont tout d'abord des acteurs de santé de proximité (16 fois) et qu'ils sont professionnels et compétents dans le domaine du MAD (12 fois). La réactivité et la confiance accordées aux pharmaciens ont également été soulignées par les patients.

Tableau XIII : Les arguments des patients justifiant de la location d'un lit médicalisé au sein d'une pharmacie d'officine

Argument de l'orientation vers une pharmacie d'officine	Nombre de fois recueillis
Acteur de santé de proximité	16
Connaissance / professionnalisme / conseil	12
Réactif si problème	5
Famille connaît l'activité de la pharmacie	4
Confiance	4
Personnel rassurant	3
Liaison entre professionnel de santé pour la sortie d'hôpital	3
Par connaissance	3
Interlocuteur privilégié/unique	2
Ne savait pas à qui s'adresser	2
Simplicité	1
Pratique	1
Informations de l'activité à travers publicité dans la pharmacie	1
Médecin	1

2.3.3 Le matériel de MAD autres que le lit médicalisé

Dans l'idée de développer le conseil associé, l'ensemble du matériel de MAD vendu ou loué par la pharmacie a été relevé avec notamment sa chronologie d'apparition par rapport au lit médicalisé. Ces informations ont pour but de mieux anticiper le recours à d'autres aides autour du lit médicalisé. De plus, par la chronologie du matériel de MAD cela permet éventuellement d'établir un élément de détection si un matériel est toujours installé avant le lit médicalisé.

2.3.3.1 Fréquence de possession du matériel de MAD

Sur l'ensemble des patients 74 % ont au moins un autre matériel de MAD. Ce pourcentage est probablement minimisé car pour quelques patients, aucune autre information que la location du lit médicalisé n'a pu être recueillie.

A noter que l'information a aussi été étudiée à partir des questionnaires avec un échantillon plus faible mais donnant le même résultat avec 81 % de patient possédant un autre matériel de MAD.

2.3.3.2 Fréquence de possession de chaque type de matériel de MAD via l'analyse des fiches de patients

Le tableau XIV représente l'ensemble du matériel qui a été dispensé aux 98 patients ayant au moins un autre élément de MAD que le lit médicalisé. Cette liste donne un aperçu au pharmacien des éléments dont peuvent avoir besoin les patients en plus du lit médicalisé. Les matériels de MAD les plus fréquemment délivrés qui accompagnent le lit médicalisé sont par fréquence décroissante : le fauteuil roulant et le déambulateur (46 % chacun), la chaise garde-robe (30 %), la canne (24 %) et le coussin anti-escarre (20 %), la table de lit (18 %) et le soulève malade (17 %).

Tableau XIV : Fréquence de possession du matériel de MAD chez les patients possédant un lit médicalisé selon les données des pharmacies

<u>Matériel de MAD</u>	<u>Fréquence</u>	<u>Matériel de MAD</u>	<u>Fréquence</u>
Fauteuil roulant	46 %	Coussin de positionnement	3 %
Déambulateur	46 %	Releveur de pied	3 %
Chaise garde-robe	30 %	Protection barrière de lit	2 %
Canne	24 %	Verre anti-projection	2 %
Coussin anti-escarre	20 %	Arceau de lit	2 %
Table de lit	18 %	Assise rotative	1 %
Soulève malade	17 %	Grenouillère	1 %
Tabouret de douche/baignoire	10 %	Rampe de seuil	1 %
Chaussons CHUT	8 %	Rebord d'assiette	1%
Rehausse WC	8 %	Barre latérale	1 %
Urinal	8 %	Fauteuil releveur	1 %
Potence	6 %	Cadre de toilette	1 %
Drap de glisse	5 %	Gilet d'immobilisation	1 %
Verre	5 %	Disque de transfert	1 %
Fauteuil de transfert	4 %	Elévateur de bain	1 %
Bassin de lit	4 %	Vélo de rééducation	1 %
Barre d'appui	4 %	Redresse dos	1 %
Verticalisateur	3 %	Oreiller	1 %

2.3.3.3 Fréquence de possession de chaque type de matériel de MAD via l'analyse des questionnaires

L'étude des autres matériels de MAD a aussi été réalisée directement auprès des patients. La confrontation des données recueillies auprès des patients avec celles des logiciels de dispensation permet de mettre en évidence le recours à d'autres réseaux de distribution ou à des dons ou prêts de matériels.

Il n'est pas noté de différence entre les 2 modes de recueil d'information pour les déambulateurs, les fauteuils roulants et les chaises garde-robe (tableau XV). Les fréquences sont néanmoins différentes mais cela s'explique par un échantillon différent avec notamment un nombre de patients moins important. Cependant pour des objets peu spécifiques et pouvant être retrouvés facilement en dehors des pharmacies, la fréquence est importante comme le siège de douche ou la barre d'appui. Notamment, pour le siège de douche, il est noté autant de patient en possédant au vu des questionnaires que dans l'enquête auprès des pharmacies avec seulement moins de la moitié des patients.

Tableau XV : Fréquence de possession du matériel de MAD chez les patients possédant un lit médicalisé selon les données des patients

Matériel de MAD	Fréquence
Déambulateur	54 %
Fauteuil roulant	49 %
Chaise garde-robe	46 %
Siege de douche	31 %
Barre d'appui	20 %
Rehausse WC	17 %
Canne	9 %
Soulève malade	9 %
Verticalisateur	6 %
Fauteuil de transfert	6 %
coussin anti-escarre	3 %
Aménagement pièce	3 %
Fauteuil confort	3 %
Urinal	3 %

2.3.3.4 Chronologie d'apparition du matériel de MAD

L'analyse de la chronologie se fait depuis la moyenne et la médiane étant donné que pour certains matériels de MAD, il existe une grande dispersion des valeurs avec parfois des opposés (tableau XVI). De plus, pour certains éléments, l'effectif est relativement faible étant donné qu'il s'agit de la fréquence chez les patients possédant un autre élément du MAD ; effectif maximum de 98. Les nombres négatifs signifient que l'installation a eu lieu avant la mise en place du lit médicalisé.

Tableau XVI : Chronologie d'acquisition du matériel de MAD par rapport au lit médicalisé

<u>Matériel de MAD</u>	<u>Effectif</u>	<u>Moyenne d'acquisition après le lit médicalisé en mois</u>	<u>Médiane d'acquisition après le lit médicalisé en mois</u>
Fauteuil roulant	36	10,5	0
Déambulateur	39	5,5	0
Chaise garde-robe	26	5,6	0
Canne	20	-15,9	-3
Coussin anti-escarre	16	7,1	3
Table de lit	13	-2,2	0
Soulève malade	11	24,5	3
Tabouret de douche/baignoire	7	-1,9	1
Rehausse WC	7	2,6	0
Urinal	7	-10,6	0
Potence	5	-16,6	-9
Verre	5	9,0	0
Fauteuil de transfert	2	6,5	6,5
Bassin de lit	2	0,0	0
Barre d'appui	4	9,8	1,5
Verticalisateur	3	0,0	0

Dans les éléments intervenant avant la location d'un lit médicalisé, la canne de marche est le plus significatif avec un achat environ 16 mois avant. L'achat d'une canne est le signe d'un déficit du système locomoteur et notamment de la marche pouvant être dû plurifactorielles.

Dans le domaine de la marche, l'aide venant souvent après la canne est le déambulateur. La moyenne d'apparition est de 5 mois et demi mais avec une médiane de 0. Afin de mieux analyser les résultats, la figure 32 montre la fréquence d'apparition du déambulateur par rapport au lit médicalisé. Sur les 39 déambulateurs pour lesquels une information sur la chronologie a été obtenue, l'achat a eu lieu à hauteur de 28 % avant le lit médicalisé, 31 % conjointement et dans 41 % des cas après. La majorité des cas d'achat se fait essentiellement avant, en même temps et dans les mois suivant l'acquisition du lit. A partir du 10^{ème} mois, il y a eu quelques achats mais avec des fréquences peu élevées.

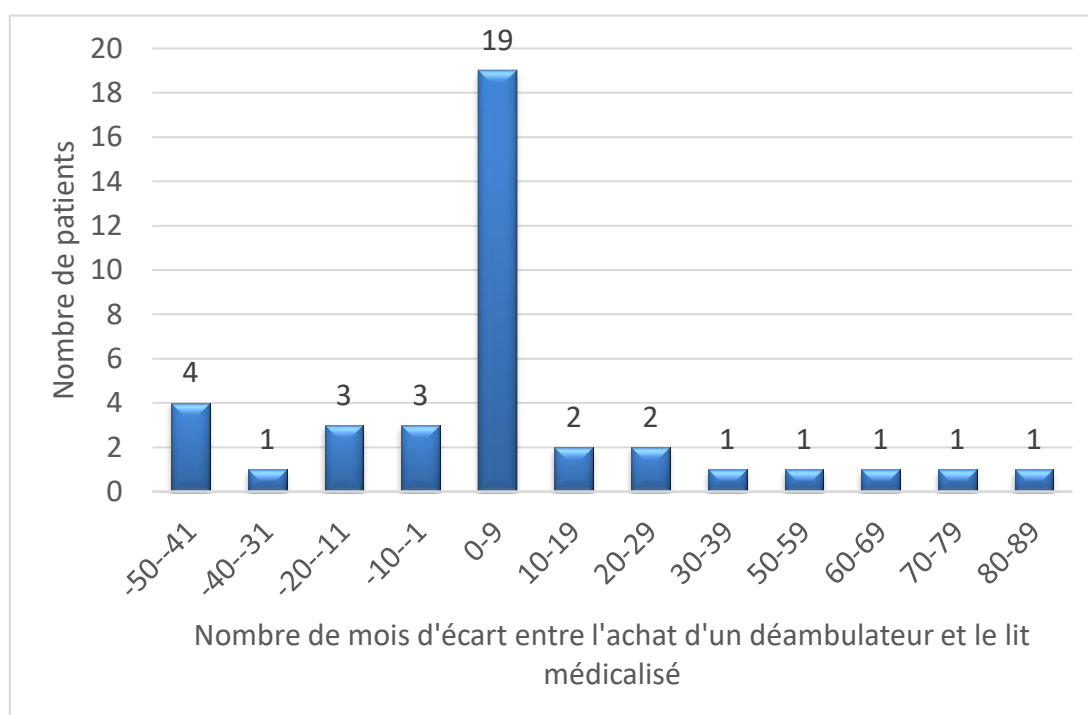


Figure 33 : Chronologie d'achat d'un déambulateur par rapport au lit médicalisé

2.3.4 Les autres aides que le MAD

Parmi les systèmes d'assurances aux personnes à leur domicile, le MAD n'est pas la seule solution. Les besoins en autres aides que les aides matérielles pour le MAD ont été demandés par le biais du questionnaire patient. Le but est de développer le conseil associé pour aller plus loin même au-delà de ce que peut proposer les pharmaciens pour le bien des patients et de l'entourage.

Sur le type d'aide souhaité (tableau XVII), trois sont majoritaires avec d'abord des aides à domicile réalisant des soins quotidiens pour le patient notamment la toilette, le lever, le coucher ou l'habillage. Il s'agit d'une aide humaine qu'aucun matériel ne peut remplacer mais du matériel de MAD comme le lit médicalisé peut être une aide pour ces personnes.

L'autre aide au domicile du patient est le ménage pour le bien non pas du patient mais de son environnement où la réalisation du ménage demande une certaine indépendance. Enfin autres que les aides extérieures, l'aide de la famille est fréquente et au même niveau que les aides précédemment cités. La famille apporte tous types d'aides notamment parfois le coucher et lever du patient quand notamment la personne vit avec la personne dépendante. L'utilité du matériel de MAD est également double pour le patient mais aussi pour l'entourage.

Tableau XVII : Fréquence de recours à d'autres aides que le matériel médical pour le MAD

Types d'aides	Fréquence
Aidants de la famille	55 %
Aides à domicile (toilettes, habillages)	50 %
Ménage	45 %
Livraison de repas	21 %
IDE	7 %

2.3.5 Le besoin d'aides matérielles ou techniques

Le besoin de matériels supplémentaires a été demandé au patient afin d'évaluer la nécessité de matériel et si le conseil associé des officines était complet. Au total, 98 % des patients n'ont pas besoin d'éléments de MAD supplémentaires à l'exception d'un seul patient demandant une table de lit (tableau XVIII). Les patients ont précisé pour un quart d'entre eux la notion « pas pour le moment » affirmant qu'ils ne sont pas fermés à d'autres matériels. Cette notion doit ainsi nécessiter une réévaluation des besoins des patients régulièrement étant donné que le besoin de nouveau matériel de MAD peut avoir lieu à tout moment.

Tableau XVIII : La fréquence des besoins en aides matérielles ou techniques supplémentaires

Type de réponse	Fréquence
Non	74 %
Oui	2 %
Pas pour le moment	24 %

3 Analyse et discussion des résultats

3.1 Le profil des patients

3.1.1 Le sexe

Une proportion plus importante de femmes possédant un lit médicalisé a été observée. Un test statistique est nécessaire pour confirmer cette observation ou savoir si cela est simplement dû au hasard. Un test du χ^2 d'ajustement est appliqué avec l'hypothèse H_0 que la proportion de femme et d'homme possédant un lit médicalisé est identique. Le test paramétrique donne une valeur de 1,96 qui est comparée à la valeur de table du χ^2 à 1 degré de liberté, 3,84. La valeur observée est donc inférieure à la valeur théorique. L'hypothèse H_0 ne peut être rejetée, la différence n'est ainsi pas significative et n'a pas pu être mise en évidence grâce au test. Cette différence légère entre les deux sexes n'est donc pas si évidente, il n'est pas légitime de tenir compte du sexe de la personne pour orienter son ciblage de personne ayant besoin d'un lit médicalisé.

3.1.2 L'âge et le sexe

Il n'y pas d'âge pour avoir un lit médicalisé à domicile, cela peut arriver à tout âge de la vie cependant la fréquence est beaucoup plus importante au-delà de 75 ans à savoir 68 % des installations. Par contre, un écart de 4 ans est observé entre les hommes et les femmes sur l'âge d'installation, qui se fait plus précocement chez les hommes. A noter, que cet écart équivaut également à la différence entre les espérances de vie des 2 sexes, 79,7 ans pour les hommes et 85,6 pour les femmes à la naissance en 2019 (61).

Il est nécessaire par outils biostatistiques d'affirmer si cet écart est réel entre les deux sexes ou s'il est seulement dû au hasard de l'étude. Pour le démontrer, le test de l'écart réduit est effectué avec une statistique de test suivant la loi normale centrée réduite étant donné que la population de chaque échantillon est indépendante et avec un effectif supérieur à 30 personnes. L'hypothèse H_0 est admise avec une absence de différence entre les deux échantillons. La valeur du test paramétrique de l'échantillon de la population est de 1,26 qui est comparée à la valeur théorique au risque α de 5 %, soit 1,96 selon la table de la loi Normale. Ainsi la valeur du test est inférieure à la valeur théorique, le rejet de l'hypothèse H_0 ne peut avoir lieu. Il n'existe pas de différence significative entre l'âge moyen d'installation chez l'homme et la femme.

Lorsque la population dite âgée est prise en compte, les plus de 75 ans, la moyenne est de 85 ans pour les hommes et 84 ans pour les femmes. La différence entre les deux sexes devient très faible dans la population âgée. L'installation se fait ainsi pour les hommes « âgés » en moyenne 4 ans après l'espérance de vie et chez la femme au niveau de l'espérance de vie. L'atteinte de l'espérance de vie est une situation augmentant la probabilité de nécessiter d'un lit médicalisé à domicile.

3.1.3 Le patient vit-il seul ou accompagné ?

Le but de cette question est de savoir si une personne vivant seule et n'ayant pas d'aide humaine extérieure a besoin plus fréquemment d'un lit médicalisé.

Le résultat expose le fait qu'un patient accompagné au quotidien a également besoin d'aides techniques presque au même niveau qu'une personne vivante seule. La situation de la personne au quotidien ne semble pas avoir d'influence sur la prévalence de la possession d'un lit médicalisé. En effet, une personne accompagnée au quotidien a également besoin d'un lit médicalisé. Cette observation peut être expliquée par le fait que le lit médicalisé peut aussi avoir un intérêt pour les aidants.

3.1.4 Comparaison aux études épidémiologiques

Les données de la dépendance en fonction de l'âge et du sexe des patients sont connues en France et ont ainsi comparées aux données de l'étude. La moyenne d'âge des patients dépendants est quasiment identique, 83 ans au niveau national et 85 ans dans l'étude. L'observation sur la répartition hommes et femmes est identique à savoir une disparité avec un pourcentage plus important pour les femmes. Enfin, comme la moyenne d'âge le confirme, la fréquence de dépendance augmente également avec l'âge. Concernant la situation des individus à domicile ; seul ou accompagné, le résultat entre l'étude et la situation nationale est identique 40 % vivent seuls dans l'étude et 33 % au niveau national. Cette observation suggère que notre échantillonnage est représentatif de la population générale en ce qui concerne ces critères. L'âge et le sexe peuvent être des critères de repérage fiables des patients pouvant bénéficier d'un lit médicalisé.

Les autres données épidémiologiques ne peuvent pas être comparées avec l'étude étant donné que l'étude s'intéresse seulement aux personnes dépendantes et ne prend pas en compte les personnes indépendantes. De plus, le GIR des patients n'a pas été recueilli car il s'agit d'une information trop technique pour les patients et complexe à évaluer pour tous les patients dans le cadre de l'étude.

3.1.5 L'indice de masse corporel

L'étude s'intéresse à l'indice de masse corporel des patients pour connaître la corpulence de cette population. La majorité des personnes n'ont pas une corpulence normale mais plutôt un surpoids. Aucune personne avec une insuffisance pondérale, IMC inférieur à 18,5 kg/m², a été identifiée, personne qui est considérée comme étant dénutrie, la dénutrition étant une cause de la dépendance. Cependant, l'IMC n'est pas le seul élément de diagnostic de la dénutrition. Des personnes avec un IMC important peuvent être dénutris.

L'IMC a pu être calculé pour seulement 39 patients soit 29 % des patients inclus dans l'étude. Du fait d'un faible échantillon, il est difficile de pouvoir conclure que l'IMC est un critère de repérage fiable des patients pouvant bénéficier d'un lit médicalisé.

3.1.6 Les traitements

Les traitements des patients ont été relevés et étudiés étant donné que le pharmacien est le spécialiste des médicaments et connaît les pathologies de ses patients par le biais des médicaments qu'il dispense et par les échanges qu'il peut avoir avec eux.

3.1.6.1 Le nombre de principes actifs par patient

Le nombre moyen de principes actifs par patient n'a pas pu être comparé à des données de la littérature par absence de données. Il faut rappeler que l'augmentation du nombre de principes actifs augmente la iatrogénie médicamenteuse. Ce risque peut entraîner ou aggraver une dépendance par suite d'un événement iatrogène de type perte d'équilibre, chute par exemple.

3.1.6.2 Les traitements des patients

Le tableau XIX a pour objectif de comparer la prévalence de certaines pathologies et/ou de certains principes actifs aux données de la population générale. Cette comparaison permet de déterminer si des pathologies et/ou des principes actifs peuvent être corrélés à la nécessité d'avoir un lit médicalisé à son domicile (tableau XIX).

Tableau XIX : Prévalence des pathologies des patients possédant un lit médicalisé à domicile comparée à la population générale

Pathologie ou classe pharmaceutique	Prévalence dans l'étude	Prévalence dans la population générale	Différence significative
<u>Hypercholestérolémie</u>	33,05 %	28 %	Non
<u>Diabète</u>	26,27 %	17,5 %	Oui
<u>Dénutrition</u>	24 %	8 %	Oui
<u>Dépression</u>	22,03 %	10 %	Oui
<u>Hypothyroïdie</u>	14,41 %	10,60 %	Non
<u>Maladie de Parkinson</u>	8,47 %	2 %	Oui
<u>Sclérose en plaques</u>	5,08 %	0,15 %	Oui
<u>Epilepsie</u>	4,24 %	1 %	Oui

Seules les classes pathologies comparables ont été indiquées. En effet, certaines pathologies n'ont pas pu être clairement identifiées à partir des médicaments. A noter que pour la population générale, la prévalence indiquée correspond dans la mesure du possible à celle de la population de la même tranche d'âge de l'étude, aux alentours de 80 ans.

La détermination de la différence significative ou non a été réalisé à partir d'un test du χ^2 d'ajustement. Les résultats montrent que dans l'échantillon de l'étude, il est retrouvé une prévalence significativement différente de la population générale pour certaines pathologies. De nombreuses pathologies sont retrouvées comme la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques qui affectent notamment le système locomoteur. La dénutrition estimée à partir des prescriptions de compléments nutritionnels oraux entraîne une dépendance avec un recours à un lit médicalisé au quotidien.

L'étude confirme que les facteurs sociaux et psychiques sont à risques pour l'apparition d'une dépendance chez un individu. En effet, de nombreux patients possèdent au moins un anti-dépresseur sur leur ordonnance montrant un trouble psychique et qui entraîne des conséquences sociales. Ces troubles sont à l'origine d'une augmentation de la dépendance et cette prévalence de la consommation d'anti-dépresseurs illustre le phénomène.

La prévalence du diabète est également significativement différente en comparaison à la population générale éventuellement à cause des complications que la pathologie peut entraîner. A noter que pour près d'un tiers des patients diabétiques de l'étude, une insuline était prescrite.

Dans l'étude, de nombreux patients ont eu un accident vasculaire cérébral (AVC) par information de l'équipe officinale. En effet, aucun médicament spécifique à cette maladie existe ne permettant pas d'identifier clairement que la personne a subi un AVC. Les séquelles motrices et neurologiques sont à l'origine de la prescription d'un lit médicalisé. Dans le guide de prise en charge de l'AVC rédigé par l'HAS (62), une recommandation sur le retour à domicile est stipulée que le médecin « pourra conseiller, en fonction des limitations ... un lit médicalisé ». Ceci est un conseil de la part d'un médecin, à noter que le pharmacien peut également le faire au comptoir au patient ou à son entourage.

En parallèle de ces pathologies, les résultats de l'étude mettent en évidence un fort risque de iatrogénie médicamenteuse. En effet sur l'ensemble des médicaments prescrits, il est à noter que de nombreux médicaments ont des effets indésirables pouvant entraîner directement ou non une chute. La chute a comme potentielle origine un évènement iatrogène comme une hypotension, une hypoglycémie, un trouble de la vigilance, une douleur musculaire.

Le pharmacien en plus de détecter des dépendances ou des besoins particuliers peut prévenir la dépendance en apportant ses connaissances pharmaceutiques afin d'éviter une dépendance d'origine iatrogène notamment post-chute. Cet élément de chute n'est pas à négliger étant donné comme le rapporte les patients à travers le tableau présentant l'indication du lit selon les patients, la réponse la plus fréquente est en rapport avec ce type d'évènement.

3.2 Le lit médicalisé

3.2.1 Le type de lit médicalisé

Le lit médicalisé pour une personne avec deux moteurs, lit dit « classique » est le lit ayant été le plus fréquemment installé. Ce résultat n'est pas surprenant étant donné qu'il présente les fonctions minimales pour aider le patient et son entourage et bénéficie surtout d'une prise en charge totale par la sécurité sociale. Soulignons, qu'aucune location d'un lit double n'a été réalisée alors que 60 % des patients ont déclaré vivre avec leur époux ou épouse.

Une personne dépendante suffit pour avoir le droit à un lit médicalisé double mais le surcoût engendré par sa mise en place est probablement le principal facteur limitant.

Il faut noter qu'un seul lit « Fortissimo », pour personne pesant plus de 135 kg, était en location alors que des IMC importants ont été identifiés. Le poids du patient doit ainsi être surveillé même pendant la location afin d'adapter le type de lit si nécessaire.

3.2.2 Le temps d'utilisation du lit médicalisé

La moyenne d'utilisation du lit médicalisé est de 11 h 26. Les chiffres indiquent que peu de personnes soient alités 24 h/24 h. L'estimation des patients résidant essentiellement dans leur lit est de 4 patients (9,50 %). A noter, que certains patients ont précisé que le lit leur servait pour la nuit mais aussi en journée pour faire des siestes expliquant les temps de 13 h et 15 h notamment. Le temps passé dans le lit médicalisé est une notion importante puisqu'il permet d'adapter le type de matelas pour éviter ou limiter les risques d'escarres. Cette information est également utile pour réaliser un conseil associé. Il faut savoir où le patient va essentiellement vivre au cours de sa journée, dans la chambre ou dans une autre pièce et laquelle. A partir de ces informations, une proposition de matériel et/ou d'aides techniques peut être faite pour adapter la chambre afin d'y être toute la journée (table de lit, chaise garde-robe, bassin de lit ...) ou une autre pièce (matériel pour se déplacer, fauteuil de repos ...).

3.2.3 Le type de matelas

Au total, 111 matelas installés sont des matelas anti-escarres soit 87 % des cas. Cette information donne comme renseignement qu'une grande partie des patients ont un risque d'escarres. Le matelas visco-élastique a été le plus fréquemment installé dans presque trois quarts des cas. Mais pourquoi le matelas visco-élastique particulièrement par rapport aux autres ? Le matelas à mémoire de forme est très confortable mais présente comme principal inconvénient une résistance supérieure aux mouvements, ce qui peut être très contraignant pour des personnes dépendantes. Il faut rappeler que le matelas à mémoire de forme est à proscrire chez les patients souffrant d'incontinence. En effet sa capacité « d'effet mémoire de forme » peut être à l'origine de la création de creux où peuvent s'accumuler les urines et la transpiration, favorisant une macération et augmentant le risque d'escarre. Néanmoins, le matelas est d'une grande efficacité dans la prévention des escarres par la réduction de nombreux facteurs risques. Lors du choix de matelas, la prise en compte des inconvénients est indispensable.

De plus, l'organigramme de choix du matelas (figure 9) stipule que le matelas viscoélastique est à utiliser pour un alitement supérieur à 15 heures avec un risque d'escarre faible ou moyen ou pour un alitement de courte durée associé à un risque élevé. Dans le cadre de l'étude, il a été retrouvé une utilisation moyenne du lit médicalisé de 11 h 25 soit inférieure aux 15 heures. Ce choix du matelas viscoélastique est simplement justifié pour un risque élevé de développer une escarre au regard d'un temps d'alitement moyen pour la majorité des patients. Néanmoins, le risque de développer une escarre n'a pas été évalué dans l'étude à l'aide d'une échelle d'évaluation.

Le choix du matelas semble ainsi ne pas être toujours optimal et ne repose pas toujours sur des critères objectifs ou à partir des outils d'évaluations du risque d'escarre. Il est à noter que le pharmacien a souvent la responsabilité de choisir le type de matelas car peu de médecins précisent le type de matelas. Mais le mauvais choix est probablement provoqué par une mauvaise connaissance des matelas, un manque de formation ou encore un manque de recueil d'informations

3.2.4 La vision des patients sur le lit médicalisé

A partir des avantages émis par les patients sur le lit médicalisé, il est possible d'en déduire que tous les patients arrivent à utiliser le lit du fait de sa simplicité d'utilisation. La notion de praticité conforte l'idée qu'un lit médicalisé est nécessaire pour de nombreuses personnes dans leur vie étant donné qu'il permet de les aider au quotidien.

L'ensemble de ces arguments doit être utilisés au quotidien pour rassurer le patient sur l'utilisation d'un lit médicalisé. En effet, au quotidien le lit médicalisé est là pour redonner de l'indépendance à la personne et/ou aider l'entourage. Les utilisateurs de lit médicalisé le décrivent très bien en indiquant que le lit est « une aide pour ma maladie » ou encore « facilite le quotidien ». Le lit doit être ainsi décrit comme étant une aide pour le patient qui permet notamment de « sécuriser » le quotidien du malade comme le souligne également les patients.

Il est intéressant de souligner que les deux inconvénients cités des lits médicalisés sont « corrigibles ». Concernant l'électrification de la partie se situant au niveau des membres inférieurs, il faut proposer le remplacement par un lit à trois fonctions. Concernant la taille, il est possible de mettre des rallonges au lit.

Tout cela montre encore une nouvelle fois que le choix du lit ne doit pas être anodin et qu'il doit se faire en concertation avec le patient afin que le modèle associé ou non à d'autres aides techniques soit le plus adapté aux besoins de la personne. De plus, cette concertation augmentera l'adhésion du patient à l'utilisation.

3.2.5 L'indication du lit médicalisé selon le patient

Les résultats montrent que dans la très grande majorité des cas, le lit médicalisé est indiqué pour une dépendance pouvant être liée à une maladie ou à un handicap notamment associé à un risque de chute. Le lit est rarement installé chez une personne non malade ou avec un vieillissement physiologique selon les patients.

Les résultats sont cohérents avec notamment la fréquence de recours des autres aides aux déplacements comme le fauteuil roulant et le déambulateur qui sont possédés par près de la moitié des personnes possédant un lit médicalisé. De plus, le fauteuil roulant est principalement installé au moment de la location du lit médicalisé montrant potentiellement un lien entre ce déficit de locomotion et le lit médicalisé.

D'autres indications renseignées par les patients sont importantes pour les pharmaciens comme les interventions chirurgicales même si celles-ci sont facilement identifiables via des ordonnances de sorties des hôpitaux (7 % des installations de lit)

L'ensemble de ces éléments apporte des outils de détections aux pharmaciens. Ainsi lorsque qu'une de ces situations se présente, le pharmacien doit rentrer dans le dialogue pour évaluer les éventuels besoins du patient et apporter des conseils.

3.2.6 La personne à l'origine de la prescription

Dans presque toutes les situations, le médecin (77 %) ou la famille (23 %) est à l'origine de la prescription alors que le pharmacien n'est présent dans moins d'une location sur dix. Ce résultat semble indiquer que le pharmacien ne joue pas un rôle essentiel en informant assez peu le patient de la possibilité d'avoir un lit médicalisé.

Le pharmacien doit plus souvent être à l'origine de conseils autour du lit médicalisé et faire valoir son statut de professionnel de santé de proximité en améliorant la collaboration avec les médecins et être proche de la famille des patients. Il faut au même titre que les pharmaciens parlent au patient du lit médicalisé et notamment en faire un conseil associé à une ordonnance ou à la délivrance d'un produit.

Ce sondage est rapporté par 43 patients, population relativement faible mais représente au maximum l'effectif de location de lit médicalisé sur un an d'une seule pharmacie.

3.2.7 La spécialité du médecin prescripteur

Les résultats montrent que les ordonnances proviennent principalement de la part des médecins généralistes professionnels de santé de proximité et bien connu du pharmacien. Très peu d'ordonnances proviennent alors des hôpitaux laissant penser que les médecins hospitaliers se déchargent de cette responsabilité auprès des médecins généralistes. De plus, il peut être supposé également que les prescriptions hospitalières sont honorées par d'autres prestataires de matériel médical avant le retour du patient à l'officine.

3.3 Le patient et le MAD

3.3.1 La connaissance des distributeurs de matériels de MAD

Les autres distributeurs de matériel médical sont connus par 38 % des patients possédant un lit médicalisé en pharmacie mais pouvant expliquer pourquoi ces patients ont le matériel en location par une pharmacie. Les patients rapportent avoir été sollicités au terme de leur hospitalisation pour prendre en charge la location de matériel, avoir vu de la publicité dans le livret d'accueil de certains hôpitaux ou encore avoir reçu des magazines publicitaires de matériel médical. La publicité est bien utilisée par ces concurrents afin de devancer les pharmacies notamment en utilisant l'hôpital comme lieu de démarchage.

3.3.2 L'orientation des patients vers une pharmacie

La notion de proximité a été largement citée par les patients. Cette notion est importante sachant que l'étude a été réalisée principalement en milieu rural où il faut souvent parcourir une longue distance pour un service spécifique. Les notions d'« acteur de santé » et de « professionnalisme » ont été indiquées soulignant la confiance que ces patients accordent aux pharmacies notamment pour l'accompagnement et les renseignements.

Le rôle du pharmacien auprès de l'entourage du patient (professionnels de santé ou famille) est important. Ces proches peuvent informer et orienter le patient vers la pharmacie si celui-ci n'a pas réussi à être détecté par la pharmacie ou ne connaît pas l'activité de MAD des pharmacies.

3.3.3 Le matériel de MAD autres que le lit médicalisé

3.3.3.1 Fréquence de possession du matériel de MAD

Par la possession de matériel médical autre que le lit médicalisé par 74 % ou 81 % selon le questionnaire, le besoin de matériel de MAD est une réalité. Le pharmacien doit pouvoir conseiller ce matériel pour aider le patient au quotidien notamment par le conseil associé à une ordonnance de matériel médical ou de médicaments mais aussi par le suivi du patient.

3.3.3.2 Fréquence de possession de chaque type de matériel de MAD

Parmi les éléments de MAD fréquemment dispensés, de nombreux matériels pour la mobilité du patient sont cités (fauteuils roulants, déambulateurs et cannes). Cette observation signifie que les patients avec un lit médicalisé ont souvent des problèmes de mobilité à l'origine éventuellement du besoin d'un lit médicalisé. Les besoins en matériel de MAD se font également pour la chambre et notamment pour l'aménager afin que le patient puisse avoir un maximum d'éléments à sa disposition à côté du lit médicalisé comme la chaise garde-robe, la table de lit et le soulève malade. Le conseil associé doit ainsi au minimum se faire sur la mobilité du patient et sur l'aménagement de la chambre, éléments dont les patients ont le plus de besoin.

Avec des informations provenant du questionnaire, un écart de possession de certaines aides ont été identifiées par rapport aux informations. En effet, des patients semblent acheter le plus souvent certains matériel comme le siège de douche ou la barre d'appui en dehors des pharmacies. Le conseil associé doit ainsi se faire aussi sur les aides dans la salle de bain et les toilettes car les patients présentent un vrai besoin.

3.3.3.3 Chronologie d'apparition du matériel de MAD

Suite à l'étude de la chronologie d'apparition du matériel MAD par rapport au lit médicalisé, les deux éléments pouvant être utilisés comme éléments de repérage sont la canne et la potence. La potence est incluse dans le lit médicalisé et peut dans certains ne plus être suffisant d'où le fait qu'un lit médicalisé est ensuite installé. Pour ces éléments, l'évaluation des patients doit se faire régulièrement et estimer le besoin éventuel d'un lit médicalisé. Par cette analyse, le lit médicalisé est globalement un matériel utilisé assez précocement dans le domaine du MAD et souvent à l'origine derrière d'acquisition d'autres matériels de MAD.

L'importance du conseil associé et de l'évaluation constante des personnes possédant un lit médicalisé est ici illustré.

Le déambulateur n'est pas un matériel qui peut être utilisé comme un vrai élément de repérage de besoin d'un lit médicalisé car il peut être vendu à tout moment mais fait surtout l'objet d'un conseil associé. Cette analyse est la même avec les deux éléments les plus utilisés avec le lit à savoir la chaise garde-robe et le fauteuil roulant.

3.3.4 Les autres aides que le MAD

Pour une personne dépendante, le matériel de MAD suffit rarement et la nécessité d'avoir d'autres aides est fréquent pour la réalisation des tâches quotidiennes. A l'installation de matériel ou à la détection d'une baisse de l'indépendance, le conseil de ces aides doit être réalisé pour avoir une prise en charge complète et professionnelle du patient.

4 Les éléments essentiels à retenir

Sur l'ensemble de l'étude, de nombreuses informations sont à garder en mémoire afin de réaliser la détection des personnes dans le besoin d'un lit médicalisé (tableau XX).

Tableau XX : Ensemble des éléments essentiels à retenir de l'étude sur le profil des patients possédant un lit médicalisé à domicile

Profil de patients				
<u>Sexe</u>			<u>Age</u>	
Pas de différence significative entre les hommes et les femmes (60 % femmes et 40 % hommes)			Moyenne d'âge : 77 ans – Médiane : 81 ans	
			<u>Chez les plus de 75 ans :</u>	
			<ul style="list-style-type: none">- 68 % de la population- Moyenne de 85 ans avec écart type de 5 ans	
<u>Age et sexe</u>			<u>Situation à domicile</u>	
		Femme	Homme	60 % accompagné / 40 % seul
	Moyenne	78 ans	74 ans	
	Médiane	82 ans	79 ans	
<u>Nombre de principes actifs par ordonnance</u>			<u>Pathologies les plus fréquentes</u>	
7,8 principes actifs			<ul style="list-style-type: none">- Diabète- Dénutrition- Dépression- Epilepsie- Maladie de Parkinson- Sclérose en plaques	

Les informations utiles pour accompagner le patient dans le parcours du MAD sont présentées dans le tableau XXI.

Tableau XXI : Ensemble des éléments essentiels à retenir de l'étude du patient sur sa dépendance et son rapport au MAD

<u>Temps moyen d'utilisation du lit médicalisé</u>	<u>Indications du lit médicalisé</u>
11 h 26	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Difficultés à la marche ➤ Chute ➤ Dépendance à cause de maladie ou de handicap
<u>Avis sur l'utilisation du lit médicalisé</u>	<u>Connaissances des PSDM</u>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Simplicité ➤ Pratique ➤ Confortable ➤ Utile pour les aidants 	62 % ne connaissent pas de concurrents
<u>Spécialité médecin prescripteur</u>	<u>Orientation des patients vers une pharmacie</u>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Médecin généraliste – 64 % ➤ Médecin hospitalier – 36 % 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acteur de santé de proximité ➤ Connaissance, professionnalisme, conseil ➤ Réactivité ➤ Confiance
<u>Besoins en matériel médical</u>	<u>Besoins en matériel médical</u>
74 % des patients ont un autre matériel de MAD	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fauteuil roulant : 46 % ➤ Déambulateur : 46 % ➤ Chaise garde-robe : 30 % ➤ Canne : 24 % ➤ Coussin anti-escarre : 20 %
<u>Matériel médical mis en place avant le lit médicalisé</u>	<u>Matériel médical faisant l'objet d'un conseil associé lors de la mise en place du lit médicalisé</u>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Canne ➤ Potence 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Déambulateur ➤ Chaise garde-robe ➤ Fauteuil roulant

5 Discussion de l'étude

L'étude ayant été réalisée pendant un an et sur la période de la pandémie du coronavirus, l'implication de tous les pharmaciens n'a pas pu être totale avec une pharmacie n'ayant pas d'informations à communiquer diminuant alors le nombre de patients dans l'étude. Néanmoins, le nombre de patients reste acceptable avec plus de 100 patients, chiffre essentiel pour obtenir une étude représentative et des profils de patients variés. De plus, le fait d'avoir des pharmacies dans des départements différents permet d'avoir des prescripteurs et des hôpitaux distincts. Une des difficultés de l'étude pour lesquelles le service juridique de la faculté m'a guidé a été l'obtention des autorisations réglementaires permettant de pouvoir utiliser les données des patients selon le RGPD. L'harmonisation des informations a été également une difficulté du fait que le recueil des données dans certaines pharmacies s'est déroulé par mes soins et dans d'autres pharmacies par les pharmaciens ou les préparateurs. De ce fait, un manque d'informations pour certains patients a été constaté diminuant l'effectif pour certaines données.

Néanmoins, l'étude a permis de tirer des conclusions intéressantes pour les pharmaciens afin de développer l'activité de MAD. Cependant, elle ne renseigne pas sur les patients qui se sont adressés à d'autres distributeurs de matériel médical. Ces patients ont-ils des particularités ? Pourquoi ne sont-ils pas dirigés vers une pharmacie ? Qui sont les prescripteurs pour ces personnes ? Les prescripteurs respectent-ils le libre choix du patient pour obtenir du matériel médical à domicile ? L'ensemble de ses informations échappe complètement à l'étude étant donné sa réalisation au sein des pharmacies d'officines.

De plus les pharmacies de l'étude sont situées uniquement du milieu rural, aucune pharmacie de centre-ville et notamment d'une ville possédant un centre hospitalier était dans l'étude. Les données ainsi obtenues ne sont valables que pour certaines typologies de pharmacie. Les pharmacies dites rurales ont peut-être des particularités que les pharmacies de centre de ville ou de centres commerciaux n'ont pas.

**Troisième partie : Les éléments à mettre
en œuvre dans une officine pour
développer son activité de maintien à
domicile**

1 Repérage des patients

1.1 Repérer une incapacité ou une invalidité au comptoir

Le pharmacien au comptoir peut repérer des facteurs de perte d'indépendance. D'abord, par la lecture de l'ordonnance du patient, le pharmacien est capable d'identifier les pathologies ou les plaintes du patient. Cela oriente alors sur un risque d'incapacité et/ou de désavantage, notamment en ciblant les médicaments et pathologies touchant le système locomoteur indispensable pour pouvoir marcher et réaliser un grand nombre d'actions. Particulièrement, lorsqu'un patient présente une pathologie retrouvée comme étant plus fréquente chez les utilisateurs de lit médicalisé (dépression, maladie de Parkinson, dénutrition ...).

De plus, il est important de prendre en compte le contexte de la délivrance, notamment la présence ou non du patient au comptoir. Sinon pourquoi n'est-il pas présent ? En effet, si le patient n'est pas là, il se peut qu'il ne puisse plus se déplacer jusqu'à l'officine car son état de santé ne lui permet plus à cause d'une incapacité ou d'un désavantage. Il est donc important d'entamer le dialogue avec la personne qui vient récupérer les médicaments et ceci surtout si le traitement prescrit fait appel à des pathologies à risque de dépendance. De plus, il en est de même si le patient se déplace à la pharmacie avec une personne autre que son entourage familial, il peut s'agir d'une personne du SAAD indiquant que le patient est devenu dépendant et nécessite des aides à domicile.

Enfin lors de la délivrance, il faut avoir un regard observateur sur le comportement du patient : peut-il rester debout durant la préparation de son traitement ? Présente t'il des troubles cognitifs ou a-t-il déjà une aide technique ?

Lors du repérage d'un élément indicateur d'une dépendance, il faut entamer une discussion et s'assurer que les aides techniques ou humaines sont adaptées à son état pathologique. Une évaluation de l'efficacité de ses aides peut être réalisée. Il suffit de s'assurer que le patient a retrouvé son indépendance avec ces aides médicales.

1.2 Estimer les besoins en matière de MAD lors des BPM

De nouvelles missions ont été confiées au pharmacien avec des entretiens pharmaceutiques mais aussi la réalisation de bilan partagé de médication (BPM). Ces entretiens ont pour but d'assurer une éducation thérapeutique en améliorant l'efficacité des traitements via une bonne observance possible grâce à une bonne connaissance du traitement et de ces enjeux. La réalisation de ces missions donne une possibilité au pharmacien de s'entretenir avec le patient au travers d'une éducation dirigée avec un dialogue comme peut le faire le médecin lors de ces consultations. Le MAD n'entre en aucun cas comme un but ultime de ces missions mais certaines questions autour du MAD sont proposées dans des guides aidant à la réalisation de l'entretien. En effet, un item « habitudes de vie » est abordé avec les questions suivantes : Vivez-vous seul(e) à votre domicile, accompagné(e) ou en institution ? Quelqu'un vous aide-t-il au quotidien ? Une autre question plus orientée MAD peut être posée comme rencontrez-vous des difficultés au quotidien pour vivre à votre domicile ou pour se déplacer ? A noter qu'au-delà des réponses à ces questions fermées, il est conseillé de répondre avec une question ouverte afin d'ouvrir l'échange sur ce sujet.

Le BPM est un moment opportun pour réaliser une évaluation des besoins mais aussi pour faire découvrir l'activité de MAD par la pharmacie au cas où la personne aurait besoin un jour de matériels ou d'aides.

2 Améliorer la collaboration avec les médecins

Les médecins sont des prescripteurs de matériel médical permettant d'obtenir une prise en charge par la sécurité sociale. De plus, comme l'a montré l'étude dans la majorité des cas le médecin généraliste est à l'initiative de la primo-prescription. Ainsi, le pharmacien doit travailler en collaboration avec les médecins de son entourage pour promouvoir son activité et faciliter l'installation du matériel médical tout en déchargeant la famille de cette responsabilité. Cette collaboration a avant tout un intérêt pour le patient étant donné que le médecin et le pharmacien qui connaissent le patient peuvent optimiser la prise en charge du patient.

Cette collaboration est possible avec d'autres professionnels de santé que les médecins comme les kinésithérapeutes, infirmières etc. grâce à l'exercice coordonné. Cet exercice peut s'effectuer au travers d'une équipe de soins primaires (ESP) mais aussi d'une communauté professionnelle santé territoire (CPTS). Ces structures ont également un intérêt dans le relai hôpital-ville où des modifications importantes ont souvent lieu et cela apporte une meilleure coordination à la sortie de l'hôpital. Ces hôpitaux peuvent également prescrire du matériel médical montrant encore une fois l'intérêt pour le pharmacien de travailler dans ces organisations.

3 Choisir une organisation adaptée à son officine

Pour assurer l'activité de location et vente de lit médicalisé au sein d'une pharmacie, le choix d'une organisation de l'activité doit être fait. En effet, deux systèmes existent pouvant même se réaliser simultanément dans une pharmacie. Le choix se porte sur la réalisation de la livraison à domicile soit par la pharmacie elle-même ou par un prestataire indépendant à la pharmacie donnant lieu à de la sous-traitance (tableau XXII).

3.1 Installation réalisée par un prestataire

L'installation du lit médicalisé ou autre matériel de MAD peut être réalisée par un prestataire choisi par la pharmacie qui le missionne de réaliser la prestation qu'elle souhaite. Pour cela, le prestataire installe au domicile du patient un lit médicalisé de son entreprise qui sera facturé à la pharmacie. La pharmacie facturera ensuite cette location à l'assurance maladie suivant la LPPR. Dans ce modèle de fonctionnement, il existe un intermédiaire qui est chargé par la pharmacie de réaliser les différentes prestations à la charge de la pharmacie. L'avantage pour la pharmacie est que le temps consacré est réduit à la partie administrative et à la coordination de l'installation du matériel entre le patient et le prestataire. De plus, la pharmacie ne gère alors aucun matériel ; toute la responsabilité de l'installation, du bon fonctionnement et du suivi du matériel est assurée par ce même prestataire avec à chaque fois une facturation faite à la pharmacie pour toutes les prestations. Le pharmacien réduit ainsi son implication et en cas de problèmes, celui-ci n'a pas besoin de se déplacer et d'assurer une permanence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 dans ce cas. Cependant, avec ce système la marge réalisée sur la location et le forfait d'installation est réduite étant donné qu'il faut payer le prestataire qui a assuré l'installation.

Les prestataires disponibles sur le marché français auxquels les pharmacies font appel pour leurs services sont des prestataires travaillant uniquement avec des pharmacies et qui ne peuvent pas travailler directement avec le patient.

3.2 Installation réalisée par la pharmacie

Le pharmacien peut réaliser la location d'un lit médicalisé de manière complètement indépendante de l'installation du lit jusqu'au retrait de celui-ci. En effet, ceci demande au pharmacien d'acheter un parc de lits médicalisés. A la suite d'une prescription, le pharmacien assure la livraison, l'installation ainsi que la démonstration et l'accompagnement du patient. De ce fait, le patient connaît la personne se déplaçant à son domicile et n'aura qu'un seul interlocuteur. Pour le pharmacien, le principal avantage est économique étant donné qu'il n'y a pas de prestataire à payer, l'ensemble du forfait d'installation et de la location hebdomadaire est un bénéfice permettant de rembourser l'achat du lit qui s'amortit sur une très courte période sachant que la durée de vie minimale d'un lit est de cinq ans. Le déplacement obligatoire au domicile du patient présente également un avantage étant donné que le pharmacien peut observer dans quel milieu le patient évolue et permet ainsi de mieux réaliser le conseil associé en fonction de l'organisation du logement et de l'évolution du patient dans ce milieu.

Néanmoins, pour obtenir cette indépendance, cela demande un investissement important avec l'achat d'un camion afin de pouvoir transporter le matériel médical. De plus, une surface de la pharmacie doit être réservée à cette activité afin de stocker les lits et entretenir les lits (réparation, contrôle, désinfection ...). Ce type de gestion demande également et surtout des compétences théoriques sur le matériel du MAD pour pouvoir assurer la démonstration et l'installation du lit. Outre l'ensemble de ces besoins indispensables, le temps est également à prendre en compte pour pouvoir assurer cette mission qui peut être plus importante que l'autre mode de gestion. En effet, le temps consacré à l'activité est ici du temps présentiel et non de coordination avec du temps téléphonique pour programmer l'ensemble.

Tableau XXII : Listes des avantages et désavantages de chaque modèle d'organisation du MAD en officine

	Avantages	Désavantages
Installation par un prestataire	<ul style="list-style-type: none"> - Gain de temps - Pas d'espace de stockage et de stock - Faible gestion - Pas d'urgences à gérer 	<ul style="list-style-type: none"> - Economique - Dépendant du prestataire - Image de la sous-traitance
Installation par la pharmacie	<ul style="list-style-type: none"> - Economique - Autonome dans l'activité - Installation rapide possible 	<ul style="list-style-type: none"> - Temps consacrés à l'activité - Espace de stockage, stock et camion nécessaires - Astreinte nécessaire - Formation indispensable

4 Améliorer la délivrance et le conseil lors de la location d'un lit médicalisé

Lorsque le pharmacien reçoit la prescription d'un lit médicalisé, l'accompagnement du patient et l'installation du lit doit se faire de manière optimale afin de satisfaire le patient. La satisfaction est un objectif double à la fois pour le bien du patient mais aussi pour la mise en avant du professionnalisme et des compétences du pharmacien afin de devenir l'interlocuteur privilégié en matière de MAD pour d'autres besoins mais aussi d'autres patients. Afin d'optimiser la délivrance, une fiche qualité (annexe 6) peut servir de support pour l'ensemble des informations sur les lits et les matelas disponibles.

Dans cette fiche, des informations sur les patients sont demandées dans un but d'identification mais aussi de recueillir des informations générales qui ont un impact sur le choix du lit et du matelas (âge, poids, taille, pathologies). La deuxième partie concerne le choix du lit médicalisé avec la liste de tous les lits disponibles pour présenter l'offre de choix qui se présente afin d'ouvrir la discussion avec le patient et/ou l'entourage. Certains peuvent être écartés tout de suite selon les renseignements personnels recueillis ou à l'inverse un seul lit est possible pour le patient. Après le choix du lit, il faut déterminer le besoin en accessoires qui sont pris en charge avec le lit médicalisé mais qui ne sont installés qu'en fonction des besoins du patient à savoir la potence, la barrière et le pied à serum.

Enfin, la troisième partie concerne le choix du matelas plus complexe au vu de l'évaluation du risque d'escarre potentiel si le médecin ne l'a pas précisé sur l'ordonnance et ensuite du choix du matelas avec un grand échantillon de matelas disponibles. L'échelle de Braden est présente sur la fiche afin d'évaluer le niveau de risque qui est la première étape dans le choix du matelas. Ainsi en fonction de ce risque et l'estimation du temps d'alitement, le schéma expose les différents matelas adaptés aux patients. Puis le patient doit choisir selon les caractéristiques propres à chaque matelas.

A l'aide de cette fiche, l'équipe officinale est accompagnée au comptoir par un guide rassemblant l'ensemble des informations nécessaires à l'installation d'un lit médicalisé. Cette fiche qualité peut servir également de transmission avec le prestataire mais aussi avec l'ensemble du personnel de l'officine. Cette fiche est à garder dans le dossier du patient où l'ensemble du matériel choisi est inscrit mais aussi afin d'avoir une comparaison sur plusieurs paramètres (poids, taille, pathologies, échelle de Braden) lors de prochaine réévaluation notamment au moment du renouvellement possible du matelas.

5 Conseils associés lors de la délivrance et le suivi du patient

Lorsque la délivrance du lit médicalisé est assurée via la fiche qualité, il faut évaluer le besoin des autres matériels de MAD afin d'obtenir un conseil complet et améliorer le quotidien du patient dépendant. Sur la même fiche qualité que précédemment (annexe 6), un guide pour évaluer les besoins est présenté en fonction des pièces de la maison afin de structurer le conseil. Pour chaque pièce, des questions sont proposées pour estimer le besoin en matériel de MAD. En face de chaque question, une liste de matériel médical est suggérée. Pour chaque matériel proposé, la prise en charge par la sécurité sociale est indiquée par R (remboursement) ou NR (non remboursé).

Au préalable de ce conseil, il est important de vérifier les éléments déjà délivrés par la pharmacie afin de réaliser un conseil personnalisé et éventuellement apporter ou rappeler des conseils d'utilisation de ces différents éléments.

L'étude a montré que le lit médicalisé arrivait souvent comme une aide précoce dans le MAD outre les aides à la mobilité. De plus, les patients ont affirmé parfois que le besoin en matériel médical supplémentaire n'était pas nécessaire pour le moment ouvrant la porte à un besoin ultérieur.

De ce fait, le suivi régulier des patients est nécessaire notamment au travers du suivi de leur matériel ou dans le cadre de leur prise en charge médicamenteuse ; des discussions et des ouvertures sur certains éléments. C'est pourquoi la fiche qualité (annexe 6) présente une partie sur le suivi du patient et du matériel. Le tableau est chronologique permettant de retracer l'historique du patient et sert de feuille de route pour sa prise en charge ou pour toute information sur son état de santé.

6 Améliorer la compétence de l'équipe dans le domaine du MAD

Des connaissances approfondies dans le domaine du MAD sont nécessaires pour assurer un conseil de qualité et la démonstration d'utilisation du matériel mais aussi le conseil associé. Ces connaissances peuvent être acquises par de nombreuses formations. La formation universitaire en MAD de base n'est souvent pas suffisante, un approfondissement est ainsi nécessaire.

Cet approfondissement peut déjà se faire par l'intermédiaire d'un diplôme universitaire type orthopédie – MAD faisant suite à la formation de base dispensée pour acquérir le diplôme de pharmacien d'officine. Outre ces formations purement universitaires, des organismes spécialisés dans le domaine du MAD dispensent des formations spécialisées pour les pharmacies. En premier lieu, il peut être cité les PSDM eux-mêmes comme notamment Orkyn qui réalise ce type de formation sur quelques jours permettant de perfectionner l'ensemble de l'équipe, notamment les préparateurs en pharmacies dont la formation est aussi nécessaire au quotidien.

Pour que ces formations soient reconnues, Pharmareflex (63) propose après une formation une labellisation de l'officine. Le label « Pharmacie Amie des Aînés » est remis à la pharmacie pour informer les patients que l'officine a une certaine expertise pour les personnes âgées et notamment pour leur prise en charge. Effectivement, la formation concerne à la fois sur le matériel médical mais aussi sur les pathologies notamment en faisant le lien entre les deux. Un référentiel de l'ensemble des pharmacies labellisées est disponible et permet au patient d'avoir accès à une application pour obtenir des renseignements sur le matériel et des pathologies de la personne âgée.

7 Développer l'information sur le maintien à domicile

La mission première des pharmacies est la dispensation et la vente de médicaments qui sont sous le monopole pharmaceutique. Il s'agit du seul moyen de se les procurer. Le matériel médical n'est pas soumis à un monopole ce qui lui donne la possibilité d'être délivré par différents types de structures commerciales autres que les pharmaciens. Des stratégies de développement d'activité et de merchandising doivent être mise en place afin d'informer le grand public de l'activité de MAD dans la pharmacie. Ce développement peut se faire de manière totalement indépendante mais des associations ou entreprises peuvent aider le pharmacien afin de mettre en avant l'activité de MAD. Ce développement passe notamment par de la communication et la présentation du matériel.

7.1 Au sein de la pharmacie par ses propres moyens

Le pharmacien lui-même peut promouvoir l'activité de MAD au sein de la pharmacie grâce à une communication sur divers supports. Cette communication peut se réaliser par exemple sur les portes ordonnances qui sont offerts aux patients et sur lesquels la notion « matériel médical » peut être inscrite. Il peut aussi mentionner cette activité au niveau de la vitrine mais aussi communiquer sur le message d'accueil du téléphone. En effet, il n'est pas nécessaire de présenter le rôle de délivrance des médicaments car cela est évident pour l'ensemble des patients. Outre cette communication, il faut présenter concrètement l'activité de MAD via l'exposition de matériel médical au sein de la pharmacie. Cette exposition permet au patient de mettre un nom sur cette activité de « matériel médical ». De plus, pour le patient, le fait d'avoir une exposition de produit le rassure sur la disponibilité des produits et peut surtout l'essayer ou le montrer à un proche. Pour le pharmacien, la présentation du produit sera plus facile que sur un catalogue ou un écran facilitant alors le conseil. Cette exposition nécessite la création d'un stock qui peut avoir un coût important pour la pharmacie. Heureusement, le matériel médical n'est pas soumis à une date de péremption. Cependant, l'idée de créer un espace MAD au sein d'une pharmacie demande beaucoup de place car le matériel est encombrant et très varié. Pour faciliter ces démarches et être accompagnés par des professionnels dans le domaine, des solutions sont à la portée des pharmaciens grâce à des groupements pharmaceutiques ou grâce à des PSDM.

7.2 Avec l'aide de groupements pharmaceutiques

Les pharmacies d'officines ont la possibilité d'adhérer à un groupement pharmaceutique proposant divers avantages tant d'un point de vue de la parapharmacie, des médicaments que dans le domaine du MAD. Le groupement pharmaceutique Pharm'activ s'engage pour le développement au sein des pharmacies du MAD. Pour cela, ils ont créé un concept spécifique intitulé « Betterlife, mieux vivre au quotidien » (64). La création est motivée suite aux difficultés que rencontrent les pharmacies face au MAD, une faible croissance de leur chiffre d'affaires dans le domaine du MAD alors que la demande et la population concernée sont en augmentation. Dans ce concept, il est retrouvé tout d'abord le fait de commercialiser des produits avec la marque « Betterlife » environ 150 en 2019. Les produits de cette marque sont vendus en moyenne 30 % moins chère que les autres produits permettant d'effectuer une meilleure marge pour le pharmacien pour ce type de matériel et de vendre à la LPPR.

Le groupement développe également l'exposition de l'activité de MAD dans les pharmacies. Pour cela, ils ont créé cinq univers différents : mobilité, cuisine, salle de bains, chambre et vie quotidienne avec un code couleur pour chaque thème. Pour exposer le matériel médical en pharmacie, des forfaits sont proposés au sein de la pharmacie : un linéaire mural d'au moins 3,20 m, un corner de 15 m² ou un espace de vente complet (figure 34). Un investissement est ainsi nécessaire pour la mise en place de ces éléments avec par exemple 500 euros hors taxe par m² pour l'espace de vente. De plus, pour ces espaces de vente une vitrine est proposée avec le nom du concept. Pour les patients, il leur est garanti une réservation en ligne avec un accès à la disponibilité et au prix 24 heures sur 24 et ceci tous les jours de la semaine. En pharmacie, un conseil personnalisé ainsi qu'un retrait gratuit dans les points conseils sont ainsi assurés par le groupement. Ceci est disponible notamment par un site internet permettant de localiser le point de vente le plus proche de chez soi et de réaliser la réservation. De plus, sur le site internet un catalogue téléchargeable de l'ensemble des produits est disponible.



Figure 34 : Un espace de vente aménagé par Pharm'activ via le concept « my better life » (Quotidien du pharmacien)

En retour à l'adhésion à ce groupement et le réseau « Betterlife, mieux vivre au quotidien », des pharmacies rapportent une croissance entre 21 et 55,5 % pour leur chiffre d'affaires de MAD notamment par l'intermédiaire d'un corner.

7.3 Avec l'aide d'associations de pharmaciens

Les pharmaciens eux-mêmes peuvent développer l'activité de MAD notamment en créant une association regroupant plusieurs confrères. C'est le cas de l'association Hospipharm 41 créée en 2012 par plusieurs pharmaciens de Loir-et-Cher comptant aujourd'hui environ 30 pharmacies comme adhérentes. L'association est à but non lucratif et a comme objectif de développer une activité de MAD de qualité au sein des pharmacies. Le regroupement de pharmaciens permet d'échanger et de s'entraider pour réaliser un travail de qualité et développer son activité de MAD. Pour arriver à l'objectif final, plusieurs axes d'amélioration ont été établis à savoir la formation, les relations avec les prescripteurs, les relations avec les prestataires et la mise en place d'une charte de qualité. Les pharmaciens ont considéré vouloir développer l'ensemble des éléments médico-techniques allant du lit médicalisé jusqu'à la pompe d'insuline ou encore la perfusion de longue durée de chimiothérapie.

En effet, le travail de l'association s'est porté tout d'abord sur la création d'une charte de qualité à partir des exigences et intérêts des prescripteurs et des besoins des patients. De plus, après avoir rencontré les prescripteurs notamment hospitaliers de matériel spécifique (pompe à insuline par exemple), un cahier des charges a été établi. Pour accompagner les pharmaciens au quotidien, un prestataire est indispensable mais celui-ci doit impérativement respecter les exigences de la charte de qualité et du cahier des charges. Dans cette charte, un service de qualité est exigé notamment par l'obligation de formation à un DU ou une formation de quelques jours afin d'enrichir les connaissances théoriques des pharmaciens.

Le service se doit également d'être de proximité avec une pré-visite du domicile afin d'établir les besoins et permettre le conseil associé. Cette proximité se réalise aussi en travaillant en inter-professionnalisme avec les services de SSIAD, les IDE ou encore les médecins. L'ensemble de la charte s'établit dans le respect déontologique, de la réglementation et du libre choix du patient. Cette démarche voulue par les pharmaciens est dans le but de promouvoir leur capacité à gérer les actes de dispensation, de conseil et de suivi des patients nécessitant un élément médico-technique. En plus de la charte, un dossier patient a été créé pour suivre le patient tout au long de son parcours.

L'association permet également aux pharmacies d'acheter du matériel médical à des prix négociés auprès des prestataires et donc de proposer plus facilement le matériel sans dépassement ou avec très peu de dépassement. De plus, des outils de communications sont réalisés comme la possibilité pour chaque pharmacie de réaliser un catalogue personnalisé avec les prix de la pharmacie.

L'association promue ainsi au grand public et au corps médical la compétence du pharmacien par un travail de qualité pour le bien du patient. Un engagement de qualité dans le MAD est ainsi créé à travers l'association notamment par le développement des compétences.

7.4 Avec l'aide de prestataires de services et distributeurs de matériel

Certains prestataires de services et distributeurs de matériel médical travaillent uniquement en collaboration avec les pharmacies d'officines. Ces prestataires accompagnent ainsi les pharmacies pour développer l'activité de MAD sous diverses formes. Par exemple, le prestataire Handipharm a créé un site internet à destination du public : www.mon-materiel-medical-en-pharmacie.fr (65), qui est très évocateur pour les patients et très facilement accessible par le biais des moteurs de recherches. Ce site internet permet aux patients de réaliser une demande de devis auprès de leur pharmacie de leur choix. En effet, le patient insère dans son panier l'ensemble des éléments qu'il aimerait obtenir et choisit sa pharmacie d'officine. Les informations sont ainsi transmises aux pharmacies qui prennent alors contact avec le patient pour le conseiller, détailler la prise en charge et établir le devis. Ce site internet est ainsi un support de communication numérique à disposition du pharmacien.

De plus, le prestataire met à disposition des éléments de communication pouvant être affichés dans les pharmacies et le prêt de matériel médical pour réaliser un espace de démonstration (figure 35).



Figure 35 : Exposition de l'activité de MAD mise en place au sein d'une pharmacie avec le prêt de matériel par le prestataire (Esnault A.)

Conclusion

Le nombre de personnes dépendantes est en croissance chaque année. Le pharmacien peut les prendre en charge au quotidien notamment grâce à la délivrance de matériel médical. Il a en effet une place importante dans le système du maintien à domicile. Il peut notamment assurer l'installation d'un lit médicalisé au domicile du patient.

L'étude a permis de décrire les patients nécessitant un lit médicalisé mais aussi leurs besoins en matériel médical. Les personnes de plus de 75 ans ont le plus recours à ce type de matériel représentant 68 % des patients possédant un lit médicalisé. L'installation se fait surtout aux alentours de 80 ans, correspondant presque à l'espérance de vie des Français. Les hommes comme les femmes sont affectés par la dépendance, aucune différence n'est détectée dans l'étude. De nombreuses maladies provoquent ou aggravent un état de dépendance pouvant conduire au recours à un lit médicalisé. Ces informations ont été confirmées par les patients qui indiquaient que l'utilisation du lit médicalisé était due principalement à leur dépendance elle-même provoquée par leur maladie mais à cause d'une difficulté pour marcher ou faisant suite à une chute.

Le pharmacien peut ainsi utiliser au quotidien les informations collectées pour conseiller et orienter le patient dépendant, notamment pour développer son activité de maintien à domicile au sein de son officine. Ce développement se fait par la connaissance du profil des patients dépendants mais aussi de leurs besoins car 74 % des patients possédant un lit médicalisé ont au moins un autre matériel médical. L'augmentation de la visibilité de cette activité est nécessaire dans les officines car 38 % des patients possédant un lit médicalisé connaissent des concurrents et de nombreuses prescriptions ne se retrouvent pas au sein des officines. Cette visibilité est possible grâce à différents partenaires (groupements pharmaceutiques, prestataires) ou encore grâce à une association de pharmaciens. Cependant, l'équipe officinale doit développer ses compétences et établir un système qualité pour la dispensation et l'installation d'un lit médicalisé notamment pour le choix du lit et du matelas.

Néanmoins, où doit s'arrêter l'accompagnement de patient dépendant à domicile ? Quelles sont les limites entre le maintien à domicile et le placement en institution ? En effet, il est tentant de penser que l'accompagnement du patient dépendant à domicile doit être poursuivi aussi longtemps que le souhaite le patient et/ou son entourage et ceci aussi longtemps que l'état de santé du patient le permet.

Annexe

Annexe 1 : Fiche patient

Fiche patient

Nom		Prénom		Sexe	
Pathologie - Médicament					
Date de la 1 ^{ère} prescription du lit médicalisé		Age du patient		IMC	
Location		Achat			
Spécialité du prescripteur de la 1 ^{er} délivrance/ localisation / structure					
Spécialité du prescripteur qui renouvelle/ localisation / structure					
Motif de la prescription					
Nom du fournisseur					
Type de lit/ équipement/matelas					
Coût par semaine pour le lit médicalisé et ses accessoires					

Autres éléments pour le MAD avec chronologie d'apparition par rapport au lit médicalisé	
Coût par semaine ou mois pour le MAD	
Type de réparations – modifications avec chronologie	
Rôle de l'hôpital dans la mise en place du lit médicalisé	
Date de fin/interruption de location	
Motif de fin/interruption de location	
Personne vivant seule ou présence d'un tiers ?	
Autres	

Annexe 2 : Questionnaire patient

- 1- **Qui a fait la demande d'un lit médicalisé ?** (médecin traitant, hôpital, famille, vous-même ...)
- 2- **Pourquoi le médecin vous a-t-il prescrit un lit médicalisé ?** (maladie, chute, intervention chirurgicale, demande médicale ...)
- 3- **Pourquoi vous êtes-vous adressé à une pharmacie pour obtenir la location de votre lit médicalisé ?**
- 4- **Connaissez-vous d'autres structures qui installent des lits médicalisés ? Si oui, lesquelles ?**
- 5- **Utilisez-vous chez vous d'autres aides médicales que le lit médicalisé ?** (chaise garde-robe, fauteuil roulant, déambulateur, barres d'appui, réhausse WC, fauteuil de transfert, siège de douche...)
- 6- **Avez-vous recours à des aides extérieures comme l'aide aux courses, au ménage, à la toilette, aux repas ou autres ? Si oui, lesquelles et par qui ?** (famille, structure d'aides à domicile, voisin ...)
- 7- **Quel est votre ressenti sur l'utilisation d'un lit médicalisé ?** (avantages, simplicités, inconvénients, difficultés rencontrées, questionnements ...)
- 8- **Etes-vous satisfait de votre lit médicalisé et du matériel médical que la pharmacie a mis à votre disposition ? Justifier votre réponse**
- 9- **Auriez-vous besoin d'autres aides ?** (matériel médical ou non)
- 10- **Combien de temps êtes-vous allongé ou assis dans votre lit médicalisé chaque jour ?**
- 11- **Est-ce que vous vivez seul ?**

Annexe 3 : Lettre d'information pharmacie

Information sur la conduite d'une étude au sein de votre pharmacie

Anthony Esnault

anthony.esnault@etu.univ-tours.fr

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse de fin d'étude de pharmacie, je m'intéresse aux personnes qui ont recours à un lit médicalisé mis en place à domicile par une pharmacie. Cette étude a pour but de mieux comprendre les besoins en matériel médical à domicile et d'améliorer ainsi la mise à disposition et l'installation de matériel au domicile des patients.

Pour réaliser cette étude, j'ai besoin de recueillir des données personnelles et médicales (âge, sexe, type de matériel médical à domicile, durée d'utilisation, motif d'utilisation ...). Le recueil de ces données se fera dans le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD) à partir des informations dont dispose la pharmacie.

Toutes les données recueillies seront totalement anonymisées et confidentielles. Elles seront globalisées aux données d'autres patients aux fins de mon étude et ne seront conservées que le temps nécessaire à la réalisation de ma thèse.

Conformément aux lois en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles, de rectification, d'effacement, de limitation ou d'opposition à leurs utilisations.

Pour toutes questions relatives à la protection de vos données ou pour exercer vos droits, vous pouvez vous adresser directement aux personnes en charge de l'étude ou à la direction des affaires juridiques et du patrimoine de l'université via daj@univ-tours.fr.

En cas de difficultés, vous pouvez saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) d'une réclamation sur www.cnil.fr.

En vous remerciant par avance de votre aide pour réaliser ma thèse de fin d'études, je vous adresse mes sincères salutations.

Anthony Esnault

Etudiant en pharmacie

Annexe 4 : Autorisation d'utilisation des données

AUTORISATION D'UTILISATION DE DONNEES

Je, soussigné(e) :

NOM :	
Prénoms :	
Adresse :	

☐ **Si la personne est majeure :**

Déclare avoir 18 ans ou plus et pouvoir signer ce formulaire en mon nom.

☐ **Si la personne est mineure ou sous mesure de tutelle :**

Ayant la qualité de représentant légal de :

NOM :	
Prénoms :	
Adresse :	

autorise à titre gracieux l'université de Tours, par le biais de son Président ou de son représentant, située, 60 rue du Plat d'Etain – BP12050 – 37020 TOURS Cedex 1, ou tout partenaire autorisé par cette dernière, recueillir mes données personnelles et de santé comme indiqué dans la lettre d'information ou celles de la personne susmentionnée.

Cette collecte s'effectue dans le cadre suivant :

Date de l'événement :	Du 1 ^{er} juillet 2020 au 30 juin 2021
Lieu de l'événement :	Pharmacie d'officine participant à l'événement
Description de l'événement :	Recueil de données pour réalisation d'une thèse d'exercice de pharmacie concernant l'étude du profil et des besoins des patients possédant un lit médicalisé dans le cadre du maintien à officine

Les données recueillies par le biais d'un questionnaire ne feront l'objet d'aucune utilisation commerciale et resteront d'usage purement interne.

L'université de Tours est responsable d'un traitement de données personnelles mis en œuvre dans le cadre de la réalisation de l'évènement mentionné. Mes données personnelles (nom, prénoms, mode vie, éléments matériels et non matériels utilisés dans le cadre du maintien à domicile, mode d'accès au service de MAD (maintien à domicile) de pharmacie) et données de santé que possède la pharmacie, ou celles de la personne susmentionnée, sont collectées car elles sont indispensables à l'exécution par l'université de l'évènement et à sa gestion. Les données seront conservées pour une durée de 1 an.

Conformément à la réglementation en vigueur, je suis informé(e) que je dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, d'un droit à la portabilité et d'un droit de définir le sort de mes/ses données après décès relativement à l'ensemble des données me concernant ou concernant la personne susmentionnée qui peut être exercé en écrivant à daj@univ-tours.fr. Je dispose du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

Cette autorisation est valable jusqu'au 1^{er} janvier 2022 date de fin de l'étude et concédée pour le monde entier.

Fait en un exemplaire, à _____, le _____.

Signature de la <u>personne majeure</u>	Signature du représentant légal de la <u>personne mineure</u> ou sous mesure de <u>tutelle</u>	Signature de la <u>personne mineure</u> ou sous mesure de <u>tutelle</u>

Annexe 5 : Lettre d'information patient

Anthony Esnault

anthony.esnault@etu.univ-tours.fr

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse de fin d'études de pharmacie, je m'intéresse aux personnes qui ont recours à un lit médicalisé mis en place à domicile par une pharmacie. Cette étude a pour but de mieux comprendre les besoins en matériel médical à domicile et d'améliorer ainsi la mise à disposition et l'installation de matériel au domicile des patients.

Pour réaliser cette étude, j'ai besoin de recueillir des données personnelles et médicales (âge, sexe, type de matériel médical à domicile, durée d'utilisation, motif d'utilisation ...). Si vous l'acceptez, ces données pourront être collectées à partir des informations dont dispose la pharmacie et par le biais du questionnaire ci-joint.

Toutes les données recueillies seront totalement anonymisées et confidentielles. Elles seront globalisées aux données d'autres patients aux fins de mon étude et ne seront conservées que le temps nécessaire à la réalisation de ma thèse.

L'analyse des données sera sous la responsabilité du président de l'université dans laquelle je réalise ma thèse au 60 rue du plat d'étain à Tours.

Les personnes pouvant avoir accès à vos données sont moi-même en tant qu'auteur de l'étude et mes 2 directeurs de thèse.

Conformément aux lois en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès à vos données personnelles, de rectification, d'effacement, de limitation ou d'opposition à leurs utilisations. Pour toutes questions relatives à la protection de vos données ou pour exercer vos droits, vous pouvez vous adresser directement aux personnes en charge de l'étude ou à la direction des affaires juridiques et du patrimoine de l'université via daj@univ-tours.fr.

En cas de difficultés, vous pouvez saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) d'une réclamation sur www.cnil.fr.

En vous remerciant par avance de votre aide pour réaliser ma thèse de fin d'études, je vous adresse mes sincères salutations.

Anthony Esnault

Etudiant en pharmacie

**Annexe 6 : Fiche qualité pour la délivrance et le conseil associé d'un
lit médicalisé**

Fiche d'installation lit médicalisé

Renseignements patients

Nom et prénom : Age :

Adresse :

Poids : Taille : Date et heure de livraison :

Pathologie(s) :

Choix du lit et accessoires:

- ☐ Lit médicalisé simple (1 personne) 2 fonctions
- ☐ Lit médicalisé simple (1 personne) 3 fonctions : *Fonction relève jambe supplémentaire*
- ☐ Lit médicalisé double (2 personnes) : Pour couple, avec 1 ou 2 personnes dépendantes
- ☐ Lit médicalisé « Fortissimo » : *Poids supérieur à 135 kg*
- ☐ Lit médicalisé « Alzheimer » : *Présence de troubles cognitifs avec risque de chute du lit*
- ☐ Lit médicalisé enfant : *Taille inférieure à 146 cm*

Accessoires :

- ☐ Potence
- ☐ Barrières
- ☐ Pied à serum

Choix matelas :

Score échelle de Braden : Niveau de risque d'escarre :

Perception sensorielle	Mobilité	Activité
1 Complètement limitée 2 Très limitée 3 Légèrement limitée 4 Pas de gêne	1 Complètement immobile 2 Très limitée 3 Légèrement limitée 4 Aucune limitation	1 Alité 2 Confiné au fauteuil 3 Marche occasionnellement 4 Marche fréquemment
Nutrition	Humidité	Friction et cisaillement
1 Très pauvre 2 Probablement insuffisante 3 Correcte 4 Excellente	1 Constamment humide 2 Très humide 3 Occasionnellement humide 4 Rarement humide	1 Problème présent 2 Problème potentiel 3 Pas de problème apparent
≥ 18 : risque nul	14 à 17 : risque faible	8 à 13 : risque moyen
		≤ 9 : risque élevé

Risque nul



Matelas simple

Risque faible et moyen

Alitement < 15 h

Alitement > 15 h

Matelas en fibres
enduites de
silicone

Matelas gaufrier

Matelas à eau

Matelas à air

Matelas en mousse :
- avec modules amovibles
- multistrates
- visco-élastique
- avec inclusion en zone à risque

Matelas à air :
- à pression dynamique
- à pression alternée

Risque élevé

Alitement < 20 h

Alitement > 20 h

Matelas à air non
motorisé et à
cellules
télescopiques

Matelas à air à
pression
dynamique

Matelas à installer :

➤ **Mobilité**

<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Est-ce que la personne arrive à se déplacer ?</u> ○ <u>Comment se déplace-t-elle ?</u> ○ <u>Rencontre-t-elle des difficultés pour se déplacer ?</u> 	Idées de conseils : <ul style="list-style-type: none"> - Canne (R) - Déambulateur 2 ou 4 roues ou à cadres fixes ou articulés (R) - Fauteuil de transfert (R) - Fauteuil roulant (R)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

➤ **Chambre**

<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Est-ce que la personne a besoin de se lever la nuit pour aller aux toilettes ?</u> 	Idées de conseils : <ul style="list-style-type: none"> - Chaise garde-robe (R) - Urinal (NR) - Bassin de lit (NR)
<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Est-ce que la personne se lève seule ou un tiers l'aide ?</u> 	Idées de conseils : <ul style="list-style-type: none"> - Verticalisateur, soulève malade (R)
<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Est-ce que la personne dormira seulement dans son lit ou mangera, fera des activités dans le lit ?</u> 	Idées de conseils : <ul style="list-style-type: none"> - Table de lit (NR) - Coussin de positionnement (R)

➤ **Salle de bain**

<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>A-t-elle besoin de s'asseoir pour réaliser sa toilette ?</u> ○ <u>A-t-elle des difficultés pour réaliser sa toilette ?</u> 	Idées de conseils : <ul style="list-style-type: none"> - Tabouret ou chaise de douche (NR) - Planche de bain (NR) - Barre d'appui (NR)
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

➤ **Toilette**

<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>A-t-elle des difficultés pour se positionner sur les toilettes ?</u> 	Idées de conseils : <ul style="list-style-type: none"> - Réhausse WC (NR) - Cadre de toilette (NR) - Barre d'appui (NR)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

➤ **Activité de la journée**

<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Est-ce que la personne reste assise toute la journée ?</u> ○ <u>Quelles sont les activités de la personne la journée ?</u> 	Idées de conseils : <ul style="list-style-type: none"> - Fauteuil roulant de confort (NR) - Coussin anti-escarre (R)
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Date	Eléments discuter – Avenir - Besoins	Matériel installé	Evolution niveau de santé du patient

Bibliographie

1. Callanquin J, Camuzeaux C, Labrude P. Le matériel de maintien à domicile. 2008
2. Ministère de la santé et des solidarités. Concertation grand âge et autonomie. Mission grand âge et autonomie; 2019.
3. Franco A. Rapport de la mission « Vivre chez soi ». juin 2010
4. Ennuyer B. Repenser le maintien à domicile - Chapitre 3 : les politiques publiques du maintien à domicile (1962-2013). 2014
5. Grand A. Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France. Vie sociale. 26 sept 2016;n° 15
6. Laroque P. Politique de la vieillesse : rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse. 1962
7. Laroque M. La prise en charge de la dépendance en France et en Allemagne. Vie sociale. 26 sept 2016;n° 15
8. Autonomie : assurer le financement de la 5e branche de la sécurité sociale [Internet]. Vie publique.fr. [cité 25 août 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/276444-autonomie-financement-de-la-5e-branche-de-la-securite-sociale>
9. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2021. 2021.
10. Organisation des soins : article L1411-11 du code de la santé publique.
11. Missions et activités des officines, article L5125-1-1A du code de la santé publique.
12. Produits et objets divers : article L5232-3 du code de la santé publique.
13. Bouygard A, Lavigne C, Remay F. Missions des prestataires de services et distributeurs de matériel. 2020.
14. Ministère de la santé et de la solidarité. Aides et soins à domicile [Internet]. 2020 [cité 18 janv 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/article/aides-et-soins-a-domicile>
15. Impôt sur le revenu : 199 sexdecies du code général des impôts.
16. Ministère de la santé et de la solidarité. Ergothérapeute [Internet]. 2021 [cité 23 août 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/ergotherapeute>
17. Calvet L, Montaut A. Dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes. 2013

18. Le quotidien du pharmacien - Des pistes pour développer le MAD [Internet]. [cité 19 sept 2019]. Disponible sur: https://www.lequotidiendupharmacien.fr/marketing-et-gestion-dune-officine/article/2019/07/18/des-pistes-pour-developper-le-mad_277993
19. Le quotidien du pharmacien - Trois kits dédiés aux pharmaciens [Internet]. [cité 21 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/archives/trois-kits-dedies-aux-pharmaciens>
20. L'assurance maladie. Dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations de 2016 à 2020 [Internet]. [cité 5 juill 2021]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/lpp-lppam-2016-2020>
21. Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches. L'APA à domicile pour les personnes âgées [Internet]. [cité 9 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/lapa-domicile>
22. Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches. Les aides des caisses de retraite [Internet]. [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/quelles-sont-les-aides-des-caisses-de-retraite>
23. MSA. Grand âge et autonomie - La MSA propose une offre de services concrète. 2019.
24. L'assurance retraite. Le Plan d'Actions Personnalisé [Internet]. [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.lassuranceretraite.fr/portail-info/home/retraite/bien-vieillir-aides-conseils/aide-quotidien-retraite/plan-action-personnalise.html>
25. Le site officiel de l'administration française - Prestation de compensation du handicap [Internet]. [cité 25 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202>
26. Marin I, Coursier J-M. Le retour à domicile. Revue des Maladies Respiratoires. 1 oct 2008;25(8):1057-8.
27. Ministère de la santé et des solidarités. L'hospitalisation à domicile [Internet]. 2020 [cité 18 janv 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>
28. Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition | lit [Internet]. [cité 27 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9L1008>
29. Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition | médicaliser [Internet]. [cité 27 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9M1518>
30. Régime juridique des dispositifs médicaux : article L5211-1 du Code de la santé publique.
31. Poli F. Savez-vous ce qu'est un « dispositif médical » ? Annales de Dermatologie et de Vénéréologie. 1 nov 2010;137(11):677-9.

32. Direction Générale des Entreprises (DGE) - Le marquage « CE » [Internet]. [cité 27 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.entreprises.gouv.fr/libre-circulation-marchandises/marquage-CE>
33. ANSM - Entrée en application du nouveau règlement européen relatif aux dispositifs médicaux [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/entree-en-application-du-nouveau-reglement-europeen-relatif-aux-dispositifs-medicaux>
34. CGPDM - Arrêté du 12 avril 2017 portant modification des modalités d'inscription des lits médicaux inscrits au titre I de la LPP. 2017
35. ANSM - Qu'est ce que la matériovigilance? [Internet]. [cité 28 nov 2019]. Disponible sur: [https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Materiovigilance/Qu-est-ce-que-la-materiovigilance/\(offset\)/0](https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Materiovigilance/Qu-est-ce-que-la-materiovigilance/(offset)/0)
36. HAS. Évaluation des lits médicaux et accessoires destinés aux patients en maintien à domicile ayant perdu leur autonomie motrice. Novembre 2017
37. Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé. Avis de la CNEDiMTS du 7 octobre 2014.
38. Guelfi M-C. Les dangers des lits médicalisés. *Gérontologie et société*. 2006;29 / n° 116(1):77-83.
39. Assurance maladie Paris. Mémo fournisseur de biens médicaux : lits médicaux et accessoires.
40. Battu V. Escarres, conditions d'une bonne démarche préventive. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 mai 2018;57(576):57-9.
41. Conférence de consensus. Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé. 2001.
42. Commission d'évaluation des produits et prestations de la HAS. Avis de la commission - supports d'aide à la prévention de l'escarre. 22 févr 2006;
43. Battu V. Aides au positionnement, au transfert, à la mobilisation et au déplacement. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 janv 2018;57(572):59-61.
44. AFSSAPS. Bonne utilisation des barrières de lit. janv 2006;
45. ANSM - Risque de chute et /ou piégeage lié aux barrières de lit [Internet]. [cité 26 janv 2020]. Disponible sur: [https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Securite-des-lits-medicaux/Risque-de-chute-et-ou-piegeage-lie-aux-barrieres-de-lit/\(offset\)/1](https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Securite-des-lits-medicaux/Risque-de-chute-et-ou-piegeage-lie-aux-barrieres-de-lit/(offset)/1)
46. Arjohuntleigh getinge group. Norme CEI 60601-2-52 relative aux lits médicaux
47. ANSM. Recommandations pour les contentions au lit.

48. AFSSPS. Lits médicaux électriques, installés au domicile du patient : recommandations d'installation, d'utilisation et d'entretien. 2002.
49. Bret E. Dépendance et insuffisance respiratoire chronique. Sciences sociales et sante. 2007;Vol. 25(4):49-82.
50. Le collège national des enseignants de gériatrie. Corpus de gériatrie, Tome 1. 2m2 Edition Et Communication. 2000.
51. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015. 2017;
52. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile. avr 2019;(34).
53. INSEE - 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>
54. Insee Analyses Centre-Val de Loire - Les seniors du Centre-Val de Loire plus autonomes face à leur vie quotidienne - n°45 du 13 juin 2018
55. Kagan Y. Perte d'autonomie : bilan, prise en charge - EMC médecine, volume 2, issue 5, oct 2005:475-487
56. Chapiereau F. La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Gerontologie et societe. 2001;24 / n° 99(4):37-56.
57. Bandura A. L'apprentissage social. La bibliothèque idéale des sciences humaines hors série n°42 de Sciences Humaines. 2003
58. CSA pour les petits frères des pauvres. L'exclusion numérique des personnes âgées. 27 sept 2018;
59. Benaim C, Froger J, Compan B, Pélissier J. Évaluation de l'autonomie de la personne âgée. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique. 1 juill 2005;48(6):336-40.
60. CNAMTS. Le modèle « AGGIR » - guide d'utilisation. 2008.
61. Espérance de vie – Mortalité – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 26 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277640?sommaire=4318291>
62. HAS. Guide - affection de longue durée : Accident vasculaire cérébral. 2007.
63. Accueil, PHARMAREFLEX Organisme de formation médicale [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.pharmareflex.com/>

64. Pharmactiv donne un coup de jeune au MAD [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien. [cité 31 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/archives/pharmactiv-donne-un-coup-de-jeune-au-mad>
65. Mon Matériel Médical en Pharmacie, équipement pour maintien ou hospitalisation à domicile [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://mon-materiel-medical-en-pharmacie.fr/>

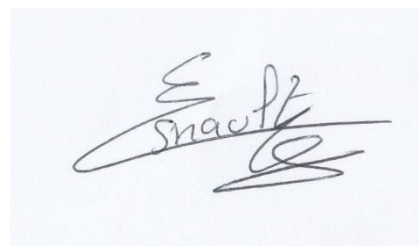
ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e) Esnault Anthony

Déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. (Décret n°92-657 du 13 juillet 1992)

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :



SIGNATURES DU DIRECTEUR DE THESE ET DU DOYEN

N° Étudiant : 21501165

N° Thèse : 3

Nom et Prénom : Esnault Anthony

Sujet : Etude du profil et des besoins des patients bénéficiant d'un lit médicalisé
dans le cadre du maintien à domicile

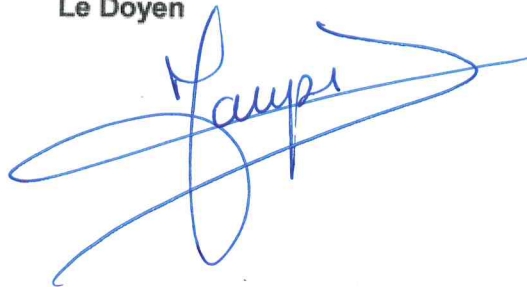
Tours, le : 03/02/2022

Le(s) Directeur(s) de Thèse :

M. JUSTE




Vu et Transmis :
Le Doyen



NOM, PRÉNOM de l'étudiant Esnault Anthony

N° 3

TITRE DE LA THÈSE

Etude du profil et des besoins des patients bénéficiant d'un lit médicalisé dans le cadre du maintien à domicile

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Le nombre de personnes dépendants est en croissance chaque année. Le pharmacien d'officine peut les prendre en charge au quotidien notamment à travers la délivrance de matériel médical. Il a en effet une place importante dans le système du maintien à domicile. Il peut notamment assurer l'installation d'un lit médicalisé au domicile du patient. L'étude a permis de décrire les patients nécessitant d'un lit médicalisé mais aussi leurs besoins en matériel médical. Les personnes de plus de 75 ans ont le plus recours à ce type de matériel représentant 68 % des patients possédant un lit médicalisé. L'installation se fait surtout aux alentours de 80 ans, correspondant presque à l'espérance de vie des Français. Les hommes comme les femmes sont affectés par la dépendance, aucune différence n'est détectée dans l'étude. De nombreuses maladies aggravent ou provoquent un état de dépendance pouvant conduire au recours à un lit médicalisé. Ces informations ont été confirmées par les patients indiquant principalement que l'utilisation du lit médicalisé était dû à leur dépendance provoquée par leur maladie mais aussi à cause d'une difficulté pour marcher ou suite à une chute. Le pharmacien peut ainsi utiliser au quotidien les informations collectées pour conseiller et orienter le patient dépendant, notamment pour développer son activité de maintien à domicile au sein de son officine. Ce développement se fait par la connaissance du profil des patients dépendants mais aussi de leurs besoins car 74 % des patients possédant un lit médicalisé ont au moins un autre matériel médical. L'augmentation de la visibilité de cette activité est nécessaire au sein des officines car 38 % des patients possédant un lit médicalisé connaissent des concurrents et de nombreuses prescriptions ne se retrouvent pas au sein des officines. La visibilité est possible grâce à différents partenaires (groupements pharmaceutiques, prestataires) ou encore une association de pharmacien. Cependant, l'équipe officinale doit développer ses compétences et mettre en place un système qualité pour la dispensation et l'installation d'un lit médicalisé notamment pour le choix du lit et du matelas.

MOTS-CLÉS SIGNIFICATIFS DE SON CONTENU, ATTRIBUÉS PAR LE CANDIDAT EN LIAISON AVEC LA BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE ET LES MEMBRES DU JURY

Lit médicalisé, maintien à domicile, dépendance, profil de patient, développement du maintien à domicile

JURY

PRÉSIDENT : Mme Maupoil Véronique, Professeur, Faculté de Pharmacie - Tours

MEMBRES :

M. Juste Matthieu, Pharmacien, Maître de conférences, Faculté de Pharmacie – Tours

Mme Vuittenez Florence, Pharmacien d'officine – Mondoubleau

M. Avignon Claude, Pharmacien d'officine

DATE ET LIEU DE SOUTENANCE. Lundi 31 janvier 2022 à la faculté de Pharmacie de Tours