

ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS

UNIVERSITÉ DE TOURS

FACULTE DE PHARMACIE « Philippe-Maupas »

Année 2024-2025

N° 012

**THÈSE D'EXERCICE
Pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

Par

Perline ERIAU

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 28 MARS 2025

**MAINTIEN A DOMICILE : ERGOTHERAPEUTES PRESCRIPTEURS ET NOUVELLES RELATIONS
AVEC LES PHARMACIENS D'OFFICINE.**

JURY

Président : Mme MAUPOIL-DAVID Véronique, Pharmacien, Professeur des universités, Faculté de pharmacie, Tours

Membres :

M. AVIGNON Claude, Pharmacien, formateur, Chargé d'enseignements, Faculté de pharmacie, Tours

M. JUSTE Matthieu, Pharmacien, Maître de conférences, Faculté de pharmacie, Tours

Mme RAFFESTIN Alice, Pharmacien adjoint, Rennes

M. ZWAGA Tanguy, Ergothérapeute, La Rochelle

ANNEE : 2024 - 2025

Directeur : Pr Denys BRAND

Directeur Adjoint : M. Matthieu JUSTE

Assesseurs : M. Gildas PRIE, Mme Mélanie BOUVIN PLEY, Mme Emilie ALLARD-VANNIER, M. Bruno GIRAUDEAU, Mme Claire POUPLARD, Mme Audrey OUDIN, Mme GERMON Stéphanie

ENSEIGNANTS

16 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ

ALLARD-VANNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
ALLOUCHI	Hassan	CHIMIE PHYSIQUE
BOUDESOCQUE-DELAYE	Leslie	PHARMACOGNOSIE
BRAND	Denys	MICROBIOLOGIE
BRAIBANT	Martine	MICROBIOLOGIE
CHEVALIER	Stéphane	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
CHOURPA	Igor	CHIMIE ANALYTIQUE
CLASTRE	Marc	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DIMIER-POISSON	Isabelle	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
ENGUEHARD-GUEIFFIER	Cécile	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MAHEO	Karine	PHYSIOLOGIE
MAUPOIL-DAVID	Veronique	PHARMACOLOGIE
MUNNIER	Émilie	PHARMACIE GALENIQUE
TAUBER	Clovis	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VELGE-ROUSSEL	Florence	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
VIAUD-MASSUARD	Marie-Claude	CHIMIE ORGANIQUE

6 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ ET PRATICIENS HOSPITALIERS

ANTIER	Daniel	PHARMACIE CLINIQUE
ARLICOT	Nicolas	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
EMOND	Patrick	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
GIRAUDEAU	Bruno	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIOLOGIE
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE

2 PROFESSEURS ÉMERITES

BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE
THIBAUT	Gilles	IMMUNOLOGIE

33 MAITRES DE CONFÉRENCES

AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
BESSON	Pierre	PHYSIOLOGIE
BIRER-WILLIAMS	Caroline	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
BONNIER (disponibilité)	Franck	CHIMIE ANALYTIQUE
BORDY	Romain	PHARMACOLOGIE & TOXICOLOGIE
BOUVIN-PLEY	Mélanie	MICROBIOLOGIE
BREDELOUX	Pierre	PHARMACOLOGIE
DAVID	Stéphanie	PHARMACIE GALENIQUE
DEBIERRE-GROCKIEGO	Françoise	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
DELAYE	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	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
GLEVAREC	Gaëlle	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
HERVE-AUBERT	Katel	CHIMIE ANALYTIQUE
JUSTE	Matthieu	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
LAJOIE	Laurie	IMMUNOLOGIE
LANOUE	Arnaud	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
MARC	Jillian	BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
MAVEL	Sylvie	CHIMIE THERAPEUTIQUE
LOUDIN	Audrey	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
POUPET	Cyril	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
PASQUALIN	Côme	PHARMACOLOGIE
PRIE	Gildas	CHIMIE ORGANIQUE
SAHLI	Ramla	PHARMACOGNOSIE
SIEROCKI	Pierre	CHIMIE ORGANIQUE
SOUCE	Martin	CHIMIE ANALYTIQUE
VERCOUILLIE	Johnny	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VERGER	Alexis	PHARMACIE GALENIQUE
VERGOTE	Jackie	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
VIERRON	Emilie	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIologie
ZHANG	Bei-Li	PHARMACOLOGIE

1 MAST

CAMUS GABRIEL	Mathilde	<i>Filière Officine</i>
---------------	----------	-------------------------

5 MAITRES DE CONFÉRENCES ET PRATICIENS HOSPITALIERS

FOUCAULT-FRUCHARD	Laura	PHARMACIE CLINIQUE
FOUCAULT	Amélie	HEMATOLOGIE
MARLET	Julien	MICROBIOLOGIE
POUPIN	Pierre	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIologie
VEYRAT DUREBEX	Charlotte	BIOCHIMIE CLINIQUE

3 AHU (Assistant Hospitalier Universitaire)

BOULARD	Pierre	IMMUNOLOGIE
DOUEZ	Emmanuel	PHARMACIE GALENIQUE
TULOU	Vianney	PHARMACIE CLINIQUE

1 PRAG

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

1 CONTRAT D'ENSEIGNEMENT

GERBIER	Soledad	ANGLAIS
---------	---------	---------

3 CHARGÉS DE RECHERCHE

EPARDAUD	Mathieu	INRAE
MEVELEC	Marie-Noëlle	INRAE
MOIRE	Nathalie	INRAE

SERMENT DE GALIEN

En présence des Maîtres 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 : 28/03/2025

Perline Eriau

Le Doyen de la Faculté

Professeur Denys BRAND



Remerciements

Aux membres de mon jury,

  Madame Véronique Maupoil, Présidente du jury,

Pour l'honneur que vous me faite de présider de ce jury de thèse, recevez ici mes plus sincères remerciements.

  Monsieur Claude Avignon, directeur de thèse,

Merci d'avoir accepté la direction de cette thèse, je n'aurai pu espérer un enseignant plus investi que vous pour encadrer ce travail. Merci pour votre gentillesse, votre patience et votre confiance. La transmission de votre savoir et de votre passion sont pour moi une grande source d'inspiration.

  Monsieur Matthieu Juste, directeur de thèse,

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de m'encadrer. Merci également pour la qualité de votre accompagnement. Vos précieux conseils et vos encouragements m'auront porté tout au long de ce travail.

  Madame Alice Raffestin, membre du jury,

Quelle fierté de te compter parmi les membres de mon jury et quelle chance de t'avoir pour amie. Les révisions dans la voiture, les soirées et les TP de mycologie resteront des souvenirs mémorables. Merci pour tout ce que tu m'a apporté et pour tout ce que je te dois. Tu as su éclairé les journées difficiles et rendre ces études plus douces.

  Monsieur Tanguy Swaga, membre du jury,

Un grand merci d'avoir accepté de faire partie des membres de mon jury.

Merci pour ta gentillesse, ton accueil et la disponibilité dont tu as fait preuve malgré l'organisation d'un mariage et le passage de l'HAS le jour de cette soutenance.

Merci d'avoir répondu à chacune de mes questions et de m'accueillir à bras ouvert lors de mes escapades Rochelaises.

  ma famille,

  mon père, plus encore qu'un autre jour, j'aurais aimé t'avoir à mes côtés pour partager ce moment particulier. Je sais combien tu aurais été fier de me voir soutenir cette thèse et être enfin diplômée. Merci pour tout ce que tu m'as enseigné.

  ma mère, ou plutôt, à ma supporter n 1 comme tu aimes le rappeler.

Merci de m'encourager dans chacun de mes projets, même les plus insolites.

Me lancer dans 6ans d'études? (Avec quelques années de rab..) "Fonces, on mangera des patates", apprendre à piloter un avion ? "C'est un super projet, lances-toi!", m'installer au bout du monde pour nager avec les tortues ? "Y'aura une chambre pour moi??"

Chaque jour ton courage ne cesse de m'impressionner. Merci d'être la mère incroyable que tu es. On ne choisit pas sa famille, mais si c'était le cas, je te choisirais cent fois.

  Candice ma s eur,   Benjamin et leur fils Maël, mon filleul

Merci d'avoir répondu à mes questions dans le cadre de cette thèse. Deux kinés dans la famille  a a du bon ! Merci pour votre bonne humeur contagieuse et vos conseils. C'est toujours un plaisir de partager des moments ensemble.

  Jean mon parrain ainsi qu'à Marietta,   Christine ma marraine ainsi qu'à François,   Sophie

Aucun mot ne saurait exprimer l'étendue de la gratitude que j'ai pour vous. Merci pour votre soutien, votre aide précieuse et l'amour dont vous avez su m'entourer dans l'un des moments les plus difficiles de ma vie.

  Mehdi, mon conjoint, tu as bouleversé mon quotidien en le remplissant d'amour et d'attentions. Merci pour le soutien indéfectible et la patience dont tu fais preuve. Tes encouragements, ton écoute et ta bienveillance sont inestimables. Tu sais me faire rire comme personne. Merci pour cette merveilleuse année, j'ai hâte de découvrir toutes les suivantes à tes cotés.

  mes amis,

  Charlène, si bien des choses ont changé depuis l'époque du 30 rue Boris Vian et des courses au Simply, une chose est sûre, notre amitié, elle, est rest e intacte. Merci d'avoir toujours été présente, dans les bons comme dans les mauvais moments. Tu m'es infiniment précieuse.

  Sonia, béni soit le fameux stage à Châteauroux où nos chemins se sont croisés. On en aura passé des semaines de révisions en autarcie, transformant mon appartement en véritable café. Merci pour tous ces moments de galère partagés ensemble. Désormais le meilleur nous attends, j'en suis sûre.

À Youssef, ma plus belle découverte amicale de cette année. Merci pour ta joie de vivre, ta gentillesse et ton enthousiasme. Nos bavardages auront transformé les sessions de thèse en moments agréables.

À mes amis de la faculté, Alexandra, Charlotte, Clara, Gaëlle, Julie, Juliette, Pauline, Samy, Solène, Tarek, Virginie, merci pour tous les bons moments que l'on a passé ensemble et qui ont contribué à rendre ces années d'études meilleures.

À mes instructeurs,

Ghislain et Lenny, un grand merci pour m'avoir transmis ne serait-ce qu'une infime partie de votre savoir et de votre passion. Les heures de vol passées à vos côtés m'auront permis de m'évader.

À toute l'équipe de la pharmacie Bal,

Claire, Yannick, Laurie, Léa, Céline, Chacha, Nathan et Tan

Merci pour votre bonne humeur, votre grain de folie et vos encouragements. Je n'aurais pas pu espérer travailler dans une meilleure pharmacie que celle-ci.

Aux personnes qui ont grandement contribué à cette thèse,

À Sébastien, ergothérapeute, Il y a quelques années, alors que j'hésitais entre des études de pharmacie et d'ergothérapie, tu étais là pour m'orienter. Cette année encore, tu as su m'éclairer et répondre à mes questions. Merci pour toute l'aide que tu m'a apporté.

À Pierre, technicien chez Handipharm, merci d'avoir enrichi mon expérience en me permettant de t'accompagner sur une journée.

Aux ergothérapeutes du Centre de Réadaptation de Beaurouvre, merci de m'avoir accueilli sur votre plateau technique le temps d'une matinée.

Aux CROP de Bretagne et de Centre Val de Loire ainsi qu'aux URPS des Pays de la Loire, Grand Est et Nouvelle Aquitaine, au réseau Ergo 28 et au groupe LNA santé

Merci infiniment d'avoir contribué à ce travail en acceptant la diffusion de mes questionnaires.

Aux participants des enquêtes pharmaciens et ergothérapeutes,

Merci de m'avoir accordé votre temps et votre confiance.

Table des matières

Introduction	14
I) Place de l'ergothérapeute et du pharmacien dans le maintien à domicile	15
1. Le métier d'ergothérapeute	15
1.1 Un brin d'histoire pour commencer	15
1.2 Cursus et formation	16
1.3 En quoi consiste ce métier ?	17
2. L'ergothérapeute, un acteur central du MAD	18
2.1 Enjeu et définition du maintien à domicile	18
2.2 L'ergothérapie au service du maintien à domicile	19
3. Rôle du pharmacien dans le MAD	20
3.1 Les atouts du pharmacien	20
3.2 Le pharmacien comme prestataire	22
3.3 Les obligations du pharmacien prestataire	23
4. Fonctionnement préalable à la mise en place de la loi pour la prescription de matériel de MAD	26
II) Nouvelles dispositions	28
1. Changement de paradigme des années 2000 : Droit de prescription progressivement étendu à de nouvelles professions	28
1.1 Changement de politique de santé	28
1.2 Frise chronologique non exhaustive de l'évolution des compétences des professions paramédicales	30
2. Cadre réglementaire	31
2.1 Définition juridique des dispositifs médicaux, explications sur les aides techniques et la LPPR	31
2.2 Code de la santé publique et arrêté du 12 juin 2023	32
3. Nouveau fonctionnement possible	35
4. Description des aides techniques et dispositifs médicaux	36
4.1 lits médicaux (45)	36
4.2 Les dispositifs médicaux d'aides à la prévention des escarres	38
4.2.1 Définition d'un escarre et échelle de Norton	38
.....	38
4.2.2 Les principaux matelas d'aide à la prévention des escarres (50)	41
4.2.3 Les principaux coussins d'aide à la prévention des escarres	45
4.2.4 Les coussins de positionnement (figure 20) (64)	47
4.3 Les appareils modulaires de verticalisation / les appareils destinés au soulèvement du malade et accessoires associés	47

4.4	Cannes et béquilles	49
4.5	Déambulateurs.....	50
4.6	Sièges pouvant être adaptés sur un châssis à roulettes	52
4.7	Appareils divers d'aide à la vie :	53
4.8	Véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) et leurs éventuelles adjonctions.....	54
4.8.1	Les fauteuils roulants (figure 34).....	54
4.8.2	Véhicules divers.....	55
4.8.3	Adjonctions aux VPH	56
4.9	Matériaux pour réalisation d'appareils d'immobilisation d'application immédiate, thermoformables à basse température moulés directement sur les téguments, à état caoutchouteux transitoire ou à état viscoélastique transitoire.	56
4.10	Ceintures de soutien lombaire de série et bandes ceintures de série (figure 35) (88) .	56
4.11	Colliers cervicaux	56
4.12	Attelles de correction orthopédique de série (89) (90)	56
4.13	Chaussures thérapeutiques de série (figure 36) (91) (92).....	57
5.	Prescription : Conditions de prescription, mentions à apposer sur l'ordonnance, durée de validité.....	58
6.	Prise en charge.....	59
III)	Double enquête pharmaciens ergothérapeutes.....	61
1.	Objectif.....	61
2.	Matériel et méthode	61
2.1	Population cible	61
2.2	Elaboration des questionnaires.....	61
2.3	Diffusion	62
3.	Résultats d'enquête.....	63
3.1	Résultats en officine	63
3.2	Résultats ergothérapeutes	80
4.	Analyse et interprétation	96
5.	Limites de l'enquête	98
IV)	Discussion : Renforcer les liens interprofessionnels, rendre la loi plus effective, quelques pistes de réflexion	99
1.	Comment renforcer les liens interprofessionnels ?	99
2.	Rendre la loi plus effective	100
	Conclusion.....	104
	ANNEXES	113

Table des figures

Figure 1 : Evolution des effectifs d'ergothérapeutes depuis 2012. DREES(4).....	16
Figure 2 : Représentation de la prise en charge globale du patient et de ses singularités (11)	17
Figure 3 : Répartition des officines sur le territoire Français en 2022 (19).....	20
Figure 4 : Fonctionnement préalable à la mise en place de la loi	26
Figure 5 : Processus d'élaboration d'un protocole de coopération (34).....	29
Figure 6 : Chronologie des droits de prescription par profession.....	30
Figure 7 : Fonctionnement après mise en place de la loi.....	35
Figure 8 : Schéma d'un lit médicalisé (46).....	37
Figure 9 : Mécanisme de formation d'un escarre (48).....	38
Figure 10 : Matelas gaufré (51).....	41
Figure 11 : Matelas à pression alternée (52).....	41
Figure 12 : Matelas mousse structurée (53)	42
Figure 13 : Matelas mousse viscoélastique (54)	42
Figure 14 : Matelas multistrates (55)	42
Figure 15 : Classification des matelas par l'HAS (56)	44
Figure 16 : Coussin gel (58)	45
Figure 17 : Coussin mousse et gel (59).....	45
Figure 18 : Coussin viscoélastique (60)	45
Figure 19 : Coussin pneumatique (61)	46
Figure 20 : Coussins de positionnement (64).....	47
Figure 21 : Guidon de transfert (65).....	47
Figure 22 : Verticalisateur (66).....	48
Figure 23 : Verticalisateur vertistatique (67)	48
Figure 24 : Soulève personne (69).....	48
Figure 25 : Paire de cannes anglaises (70).....	49
Figure 26 : Cannes axillaires (71).....	49
Figure 27 : Canne simple en forme de T avec dragonne	49
Figure 28 : Canne tripode (73).....	50
Figure 29 : Canne siège (74)	50
Figure 30 : Cadre de marche fixe avec poignées basse hauteur (75).....	51
Figure 31 : Déambulateur quatre roues (76).....	51
Figure 32 : Siège coquille de série (77).....	52
Figure 33 : Siège modulable évolutif (80).....	52
Figure 34 : Schéma d'un fauteuil roulant standard (44)	54
Figure 35 : Ceinture lombaire double sangle avec système de serrage facilité (88).....	56
Figure 36 : CHUT (92).....	57
Figure 37 : Répartition des postes occupés par les participants.....	63
Figure 38 : Répartition géographique des participants.....	64
Figure 39 : Zone d'exercice des participants	65
Figure 40 : Répartition de la patientèle des participants	66
Figure 41 : Organisation au sein de l'équipe pour le MAD.....	67
Figure 42 : Choix du développement et de la mise en avant du MAD.....	67
Figure 43 : Histogramme des moyens employés pour mettre de secteur MAD en avant à l'officine ..	68
Figure 44 : Histogrammes des raisons évoquées de ne pas mettre en avant le MAD à l'officine	69
Figure 45 : Proportion d'officines ayant investi dans du matériel de MAD	70
Figure 46 : Matériel appartenant aux pharmacies des participants	70

Figure 47 : Proportion de l'échantillon ayant connaissance du droit des ergothérapeutes à prescrire	71
Figure 48 : Auto-évaluation des participants sur leur connaissance de la liste des DM et aides techniques prescriptibles	71
Figure 49 : Pourcentage de participant ayant délivré des ordonnances émanant d'ergothérapeutes	72
Figure 50 : Répartition des participants selon le nombre d'ordonnances délivrées	72
Figure 51 : Pourcentage de participant ayant rencontré des difficultés de facturation.....	73
Figure 52 : Auto-évaluation des participants concernant les missions des ergothérapeutes	74
Figure 53 : Auto-évaluation des participants concernant le lieu d'exercice des ergothérapeutes.....	75
Figure 54 : Pourcentage de l'échantillon en lien avec des ergothérapeutes de leur secteur	75
Figure 55 : Nombre de participants ayant pris contact avec un ergothérapeute après parution de la loi	76
Figure 56 : Effectif s'étant formé à la suite de la parution de la loi	77
Figure 57 : Proportion de l'échantillon prête à échanger avec des ergothérapeutes à propos de maintien à domicile	78
Figure 58 : Répartition géographique des participants de l'enquête ergothérapeute	80
Figure 59 : Répartition par structure et mode d'exercice	81
Figure 60 : Répartition de participants par service	82
Figure 61 : Proportion de l'échantillon ayant reçu une formation à la prescription	83
Figure 62 : Proportion de l'échantillon regrettant l'absence de formation reçue	83
Figure 63 : Auto-évaluation des participants sur leur connaissance de la LPPR	84
Figure 64 : Proportion de l'échantillon ayant eu recours à la prescription.....	84
Figure 65 : Proportion de l'échantillon envisageant d'avoir recours à la prescription à l'avenir.....	85
Figure 66 : Proportion de l'échantillon ayant déjà prescrit et éprouvé des difficultés.....	85
Figure 67 : Principaux freins limitant le recours à la prescription.....	87
Figure 68 : Fréquence d'accompagnement d'un patient dans l'achat ou la location d'une AT.....	88
Figure 69 : Auto-évaluation des participants sur leur connaissance des DM et AT disponibles en officine.....	89
Figure 70 : Facteurs influençant le choix du prestataire	91
Figure 71 : Pourcentage de l'échantillon en lien avec des pharmaciens d'officine avant mise en place de la loi	92
Figure 72 : Nombre d'ergothérapeutes contactés par des pharmaciens depuis parution de la loi	92
Figure 73 : Attentes de l'échantillon envers les pharmaciens.....	93
Figure 74 : Proportion de l'échantillon prête à échanger avec des pharmaciens investis en MAD.....	94
Figure 75 : Fonctionnement possible avec application de la loi RITS	102

Liste des tableaux

Tableau 1 : Echelle de Norton	39
Tableau 2 : Délais de renouvellement du matériel	59
Tableau 3 : Exemples de LPPR	60
Tableau 4 : Classement des structures par fréquence de collaboration.....	90

Liste des abr vations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

ARS : Agence Régionale de Santé

AT : Aide Technique

CE (Marquage) : Conformité aux Exigences

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

CHUP : Chaussure Thérapeutique   Usage Prolongé

CHUT : Chaussure Thérapeutique   Usage Temporaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CQP : Certificat de Qualification Professionnelle

CROP : Conseils Régionaux de l'Ordre des Pharmaciens

DM : Dispositif Médical

DU : Diplôme Universitaire

FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

LPPR : Liste des Produits et Prestations Remboursables

MAD : Maintien   Domicile

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

PMR : Personne   Mobilité Réduite

PSDM : Prestataires de Services et Distributeurs de Matériel

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

SIRET : Système d'Identification du Répertoire des Etablissements

TTC : Toutes Taxes Comprises

T2A : Tarification à l'Activité

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VPH : Véhicules pour Personnes en situation de Handicap

Introduction

Le maintien à domicile des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie est un enjeu majeur de santé publique.

Afin d'assurer une prise en charge de qualité, une coordination efficace doit s'établir entre différents acteurs de santé. Parmi eux, les ergothérapeutes et les pharmaciens d'officine occupent des rôles centraux dans l'évaluation des besoins et la délivrance de matériel médical.

Face au vieillissement de la population et au souhait de nombreux patients de rester chez eux, un accès facilité à du matériel adapté aux besoins et à l'environnement doit être une priorité.

Dans ce contexte, l'extension du droit de prescription aux ergothérapeutes, instaurée par l'arrêté du 12 juin 2023, apparaît comme une solution pertinente pour fluidifier le parcours de soins et favoriser l'autonomie des usagers. Mais plus d'un an après son entrée en vigueur, qu'en est-il réellement sur le terrain ?

Les pharmaciens sont-ils informés de cette mesure ? Ont-ils déjà délivré des prescriptions établies par des ergothérapeutes ? Quels défis rencontrent-ils dans le développement du secteur du maintien à domicile ?

Quant aux ergothérapeutes, ont-ils été suffisamment accompagnés dans l'exercice de cette nouvelle compétence ? Quels freins limitent leur recours à la prescription ? Quelles relations entretiennent-ils avec les pharmaciens d'officine ?

Afin de répondre à ces questions, il conviendra en premier lieu d'aborder les rôles respectifs occupés par chacune de ces professions dans le maintien à domicile.

En second temps, nous reviendrons sur les évolutions législatives ayant conduit à cette nouvelle disposition. Nous détaillerons par la suite, le matériel concerné, les modalités de prescription et de prise en charge.

Le troisième point portera sur une enquête réalisée auprès de pharmaciens d'officine et d'ergothérapeutes.  l ment clé de ce travail, elle contribuera à évaluer les pratiques, identifier les obstacles et analyser les liens interprofessionnels.

En nous appuyant sur elle, nous explorerons en dernier lieu des pistes pour renforcer la coopération et optimiser la mise en œuvre de cette mesure afin d'améliorer encore la prise en charge et le confort des patients.

I) Place de l'ergothérapeute et du pharmacien dans le maintien à domicile

1. Le métier d'ergothérapeute

1.1 Un brin d'histoire pour commencer

Alors que certaines professions médicales comme médecin, infirmier, pharmacien ou kinésithérapeute sont bien identifiées du grand public, le métier d'ergothérapeute reste lui **méconnu**.

A moins d'évoluer dans le secteur de la santé ou d'avoir été confronté à la discipline dans l'accompagnement d'un proche, il peut être difficile d'expliquer avec exactitude les missions de l'ergothérapeute. Afin de comprendre pourquoi, il est nécessaire de revenir sur les débuts de cette profession relativement récente.

En France, il faut attendre la fin de la seconde guerre mondiale pour voir apparaître les premières écoles d'ergothérapie en 1954.

Leur création découle de besoins en **rééducation et réadaptation fonctionnelle** dans un pays en reconstruction qui requiert une main d'œuvre opérationnelle pour soutenir sa relance (1).

Cependant la profession rencontre des difficultés pour faire valoir ses compétences et son domaine d'intervention se confond souvent avec celui des kinésithérapeutes. Il faudra notamment attendre 1970 pour voir instauré un diplôme d'état avec un programme officiel, permettant d'uniformiser la formation (2).

En 1975 parait la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées (3). Un changement de mentalité s'opère alors dans la société reflétant une volonté de prendre en charge les patients dans leur globalité, en intégrant les aspects sociaux et environnementaux.

C'est dans ce cadre que l'ergothérapie va prendre son essor, agissant à la fois sur **la personne, son milieu et ses occupations**.

Depuis, la profession s'est considérablement développée avec l'ouverture de nouvelles écoles, répondant ainsi aux besoins croissants de la France en matière d'ergothérapie. Cette expansion a permis de former un nombre accru de praticiens, renforçant la capacité du pays à répondre aux demandes liées à la rééducation et à l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

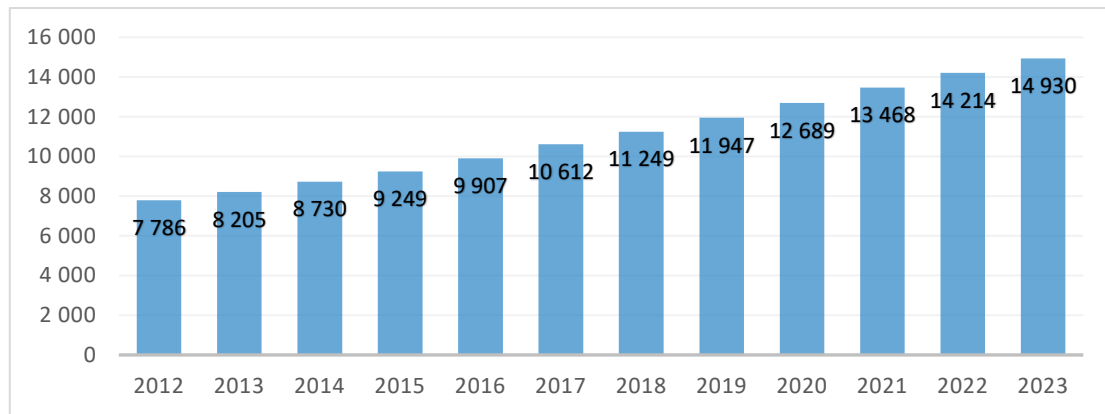


Figure 1 : Evolution des effectifs d'ergothérapeutes depuis 2012. DREES(4)

La figure 1 ci-dessus illustre l'évolution des effectifs d'ergothérapeutes entre 2012 et 2023. Le nombre de praticien est passé de 7 780 à 14 930, ce qui représente un doublement des effectifs en l'espace de dix ans.

La discipline est donc en pleine évolution et continue de façonner son identité professionnelle.

Ainsi, la loi conférant aux ergothérapeutes un droit de prescription s'inscrit dans la continuité de l'histoire de cette profession qui lutte depuis ses débuts pour obtenir **visibilité et reconnaissance**.

1.2 Cursus et formation

Le métier d'ergothérapeute est régi par le Code de la Santé Publique (articles L4331-1 et R4331-1) et exige une formation déterminée par les Ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur (5).

L'accès s'effectue sur admission après l'obtention du baccalauréat.

Il existe plusieurs portes d'entrée, la sélection peut se faire sur dossier *via* Parcoursup ou à l'issue d'une première année universitaire (PASS, LAS, L1 STAPS ou scientifique).

Le programme se déroule ensuite sur trois ans, combinant théorie et pratique en situation réelle grâce à des stages.

Le référentiel de formation est constitué de 6 domaines répartis en 39 Unités d'Enseignement (6) :

- *Domaine 1 : Sciences humaines, sociales et droit*
- *Domaine 2 : Sciences médicales*
- *Domaine 3 : Fondements et processus de l'ergothérapie*
- *Domaine 4 : Méthodes, techniques et outils d'intervention de l'ergothérapeute*
- *Domaine 5 : Méthodes de travail*
- *Domaine 6 : Intégration des savoirs et posture professionnelle de l'ergothérapeute*

1.3 En quoi consiste ce métier ?

Etymologiquement, le mot ergothérapie provient du grec « *ergon* » signifiant travail et de « *therapia* », le soins (7). L'ergothérapie est donc le **traitement par le recours au travail et l'activité**.

A la différence des kinésithérapeutes, les ergothérapeutes se concentrent principalement sur la rééducation à travers l'organisation d'activités et de jeux centrés sur la vie quotidienne, les loisirs ou le travail du patient (8,9).

Lorsque les deux professions exercent dans une même structure de soin, il est fréquent de voir une répartition des soins. Les ergothérapeutes se chargent alors de la rééducation des membres supérieurs, tandis que les kinésithérapeutes se concentrent sur les membres inférieurs et les fonctions de l'appareil locomoteur (9).

Les ergothérapeutes n'ont pas d'Ordre propre contrairement aux médecins ou aux pharmaciens. C'est l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) qui s'occupe de les représenter.

Sur le site de l'ANFE, l'ergothérapeute est présenté comme « *celui qui examine non seulement les effets physiques d'une lésion ou d'une maladie, mais qui se penche également sur les facteurs psychosociaux et environnementaux. Il s'enquiert notamment des rôles sociaux et tâches particulières concernant les soins personnels, la vie domestique, l'école, les loisirs, la famille et le travail. Il est celui qui rééduque et réadapte en tenant compte des projets de vie propre à chacun.*

Pour cela, il est amené à reconcevoir le milieu de vie, préconiser des aides techniques, humaines ainsi que modifications matérielles.

Il prend en charge son patient dans sa globalité, incluant à la fois sa singularité, son environnement et ses occupations » (10).

Cette préoccupation d'une prise en charge globale est illustrée par la figure 2 suivante avec en son centre, la personne, ses occupations et son environnement.

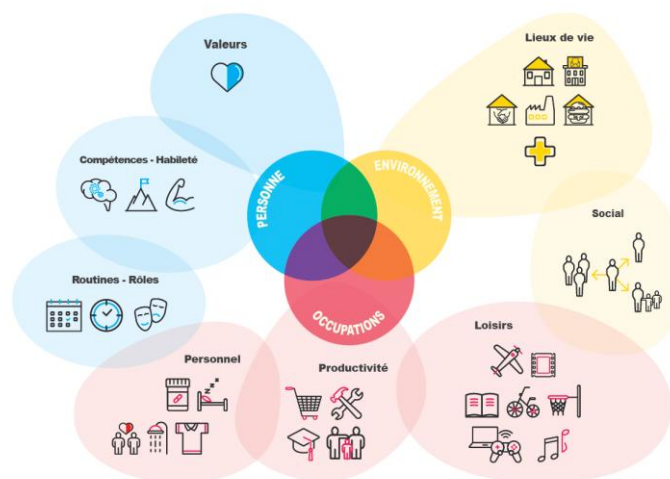


Figure 2 : Représentation de la prise en charge globale du patient et de ses singularités (11)

Les ergothérapeutes exercent principalement dans des établissements de soins, qu'ils soient privés ou publics et dans des structures médico-sociales.

L'exercice en libéral est possible. Il est cependant considérablement freiné par le fait que la tarification soit directement fixée par le praticien et qu'elle ne puisse être prise en charge par l'Assurance maladie (12).

2. L'ergothérapeute, un acteur central du MAD

2.1 Enjeu et définition du maintien à domicile

Selon un sondage IFOP de 2023 (13), les Français sont 90% à vouloir vieillir à domicile plutôt qu'en institution. Et les personnes âgées ne sont pas les seules concernées puisque l'invalidité peut toucher tous les âges. L'enjeu du maintien à domicile est donc un problème sociétal.

Se pose alors la question : **Comment accompagner ces personnes dans leur projet de vie dans les meilleures conditions de confort et de sécurité possible ?**

Afin de comprendre le rôle essentiel qu'occupe l'ergothérapeute dans ce maillage, il convient de définir le maintien à domicile.

Sur le site Ameli on peut lire que le maintien à domicile est :

« l'ensemble des moyens mis en œuvre pour qu'une personne en perte d'autonomie puisse rester à son domicile. Ces moyens correspondent à des prestations qui peuvent être :

- **Médicales.** *Elles concernent alors les soins et les traitements prodigués à la personne. Elles incluent notamment les soins d'hygiène, de confort, etc.*
- **Techniques.** *Il peut s'agir, par exemple, d'un aménagement des lieux de vie pour :*
 - *Les adapter au niveau de mobilité de la personne*
 - *Éviter les accidents domestiques*
- **Financières.** *Diverses aides existent pour la prise en charge totale ou partielle des prestations médicales et techniques.*
- **Administratives.** *Il s'agit d'un accompagnement aux démarches pour constituer les différents dossiers d'aides.*
- **De service.** *De nombreux services d'aide à domicile existent pour la réalisation des tâches quotidiennes, comme le ménage par exemple. » (14).*

2.2 L'ergothérapie au service du maintien à domicile

Concernant le **médical**, l'ergothérapeute est celui qui rééduque. Il permet au patient de poursuivre ses activités habituelles, malgré sa perte d'autonomie ou les difficultés rencontrées (15). Il conseille son patient afin qu'il puisse continuer à effectuer les tâches qu'il faisait déjà avant ou en réaliser de nouvelles.

Pour le **côté technique**, il s'agit du cœur du métier de l'ergothérapeute lorsqu'il se déplace au domicile du patient.

Il est chargé d'évaluer l'environnement, d'analyser les besoins du patient en concertation avec ses proches et les soignants, puis de conseiller sur l'aménagement du domicile. Grâce à son expertise, il préconise des aides techniques et, si nécessaire, suggère des travaux pour améliorer la qualité de vie. Il assure également un suivi pour veiller à la bonne mise en œuvre des solutions proposées (16).

Au niveau **financier et administratif**, l'ergothérapeute intervient dans l'évaluation des besoins du patient. Il détermine ainsi les services et ressources financières requises pour répondre à la demande.

La prise en charge de la perte d'autonomie est complexe. Elle fait intervenir différents financeurs et il peut être difficile pour un usager déjà en difficulté de bénéficier des aides auxquelles il a droit.

L'ergothérapeute qui est en lien avec d'autres acteurs du médico-social, renseigne son patient sur les aides auxquelles il peut prétendre. Il s'assure également des possibilités de financement avant d'adresser une aide technique et participe, si besoin, à l'élaboration de dossiers de financement (17).

Pour conclure sur **les prestations de service**, bien qu'elles ne fassent pas partie de ses missions principales, l'ergothérapeute, grâce à ses relations avec de nombreux acteurs de l'aide à la personne, connaît souvent les structures d'aide situées à proximité. Il peut ainsi orienter son patient vers des professionnels qualifiés pour répondre à ses attentes.

L'ergothérapeute est donc un acteur central du maintien à domicile puisqu'il intervient dans chacun des domaines cités par l'Assurance Maladie.

3. Rôle du pharmacien dans le MAD

Maintenant que nous avons vu la place de l'ergothérapeute dans le maintien à domicile, nous allons détailler celle du pharmacien qui souhaite s'investir dans la discipline.

3.1 Les atouts du pharmacien

L'accessibilité :

La réglementation sur l'implantation des pharmacies vise à garantir une **répartition territoriale équitable** des services pharmaceutiques sur l'ensemble du territoire français, tant en métropole qu'en outre-mer, en milieu urbain qu'en milieu rural (18).

La figure 3 illustre ainsi le nombre d'officine présente pour 10 000 habitants.

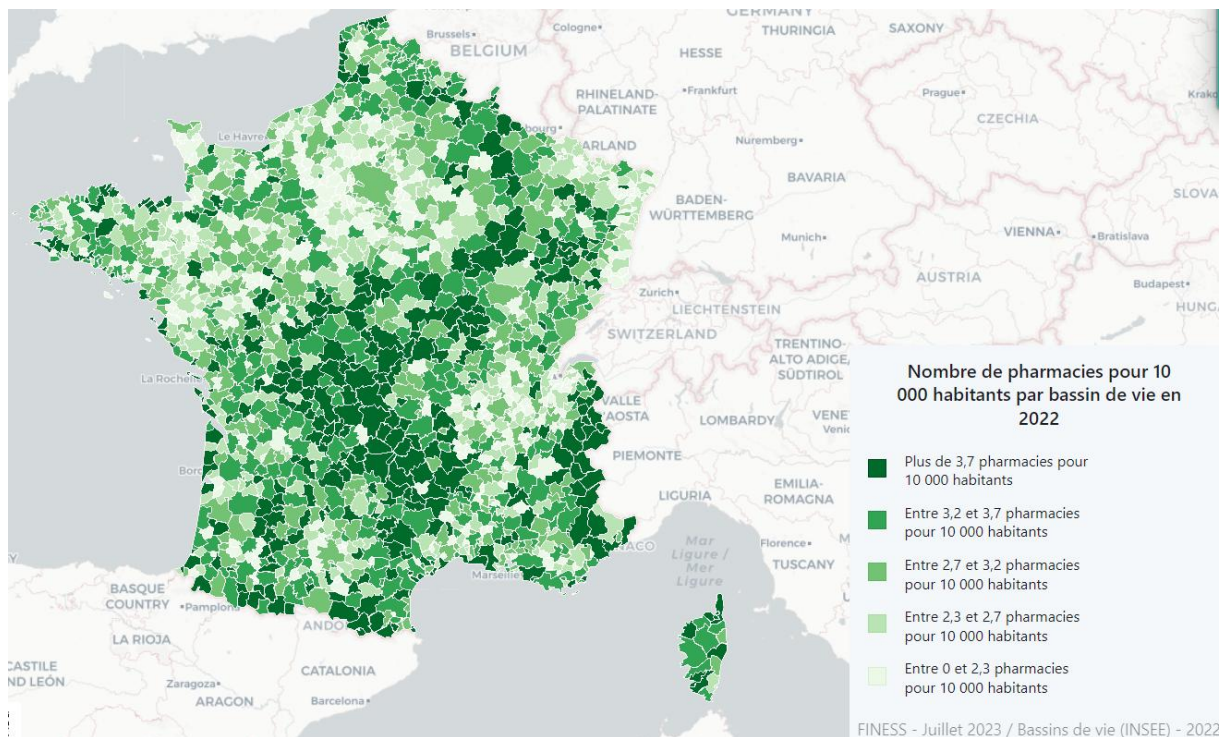


Figure 3 : Répartition des officines sur le territoire Français en 2022 (19)

C'est une force pour les pharmacies car elles couvrent l'ensemble du pays, offrant ainsi un service de proximité sur tout le territoire.

Par ailleurs, comme il s'agit d'un commerce, les patients ont **accès à des professionnels de santé** sans rendez-vous et ce, avec des horaires d'ouverture étendus.

Des relations privilégiées avec les patients :

Comme vu précédemment, le pharmacien est un acteur de proximité accessible. En tant que tel, il est amené à accompagner des patients au long court. Il a donc une bonne connaissance de leur état de santé car il centralise les prescriptions et suit leur évolution médicale. Ce suivi permet l'instauration d'une **relation de confiance**.

Pour le patient dont l'état de santé se dégrade, c'est la garantie d'avoir **un interlocuteur qui le connaît bien**. De surcroît, de nombreuses pharmacies proposent un service de livraison. Il a donc parfois déjà l'habitude de recevoir le personnel officinal chez lui.

Lorsque son état de santé ne lui permet plus de se déplacer lui-même à la pharmacie, il arrive également que son entourage prenne le relais. La pharmacie constitue alors un **espace d'accueil et d'écoute** pour l'aidant qui vient chercher le traitement de son proche.

Enfin lorsqu'il a une bonne connaissance du matériel médical et des besoins spécifiques de son patient, le pharmacien peut proposer des solutions adaptées à des problèmes formulés spontanément au comptoir.

Le secret médical :

En prêtant serment, le pharmacien s'engage à ne dévoiler à personne les secrets qui lui auraient été confiés ou dont il aurait eu connaissance dans l'exercice ses fonctions.

Comme tous les professionnels de santé, il respecte un code déontologique qui rassure le patient.

La collaboration avec d'autres professionnels de santé :

Le pharmacien **échange quotidiennement avec les praticiens** que ses patients consultent.

Il dialogue avec eux afin d'ajuster ou de modifier les traitements. Cet aspect de son travail s'est encore accentué depuis l'apparition de nombreuses tensions d'approvisionnement et de ruptures de médicaments en France. Pour pallier à ce problème, certains médecins n'hésitent d'ailleurs pas à communiquer une ligne directe afin de faciliter les échanges.

Les infirmiers quant à eux, se rendent fréquemment en officine pour récupérer le nécessaire indispensable aux soins effectués à domicile. Ces passages constituent l'occasion d'échanges plus approfondis.

Les liens de coopération ont également été renforcés par la pandémie de Covid-19. En effet, depuis lors, les pharmaciens sont devenus responsables de l'approvisionnement en tests antigéniques et en vaccins des professionnels de santé de leur secteur.

Si les médecins et les infirmiers constituent des interlocuteurs privilégiés, les pharmaciens sont également fréquemment amenés à échanger avec d'autres professionnels de santé comme les dentistes, sages femmes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes ou les podologues.

Certains pharmaciens font le choix d'exercer au sein d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) afin d'accroître les échanges interprofessionnels. Pour les patients, cette collaboration représente l'assurance d'un **meilleur suivi** ainsi qu'une réponse rapide à leurs besoins.

3.2 Le pharmacien comme prestataire

A l'origine, les pharmaciens d'officine étaient **seuls responsables** de la distribution du matériel médical.

Cependant, les années 60 signent le début de progrès médicaux qui permettent le retour à domicile de patients restant auparavant en structure (20).

Encouragé par la volonté des pouvoirs publics de voir diminuer la durée des hospitalisations afin de **maîtriser les dépenses de santé**, le marché du maintien à domicile se développe.

De nouveaux acteurs apparaissent alors, comme les prestataires de services et distributeurs de matériel (PSDM) afin de répondre à la demande.

La distribution de matériel médical est soumise à une **obligation de formation** de la part du prestataire (article L5232-3 du Code de la Santé Publique). Pour le pharmacien, l'obtention du **diplôme d'état** de docteur en pharmacie **garantie son droit à dispenser le matériel depuis 2011** (21).

Avant cette date, il devait obtenir une attestation de formation à la fonction de PSDM délivrée par le Centre d'Études et de Recherches sur l'Appareillage des Handicapés (CERAH) ou un autre organisme certifié. Désormais non obligatoire, cette formation est **fortement recommandée** pour la délivrance de Véhicules pour Handicapé Physique (VPH). Plusieurs villes en France proposent par ailleurs des diplômes universitaires de maintien à domicile ou d'orthopédie.

La vente de Dispositifs Médicaux inscrits à la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) représente **entre 3 et 10% du chiffre d'affaires des officines** avec une marge intéressante. Cette part occupe une place plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain. Néanmoins la diversification des acteurs intervenants a entraîné une forte concurrence et les pharmacies occupent désormais **moins de 20% du marché** contre 45% il y a encore 15ans (22). Le secteur du MAD est pourtant en constante augmentation et l'occasion de fidéliser une patientèle en répondant présent dans une étape de vie importante.

Pour satisfaire les besoins de location et de vente, le pharmacien peut choisir **de traiter** ou de **sous-traiter** la mise à disposition du matériel. Les deux possèdent des avantages et des inconvénients que nous allons développer plus bas.

Il est également possible d'acquérir une partie du matériel et d'en sous-traiter une autre. C'est d'ailleurs le choix que réalisent une majorité de pharmacies.

L'achat du matériel : Il peut se faire directement auprès des fabricants ou avec des prestataires. Il nécessite un **espace important** pour stocker le matériel, un **entretien rigoureux**, un **renouvellement régulier du parc**, un **véhicule adapté à la livraison**, une grande disponibilité ainsi qu'un **investissement de la part de toute l'équipe officinale**.

Cette option est la plus onéreuse au départ car elle nécessite un apport financier important mais elle est **plus avantageuse au long terme** car elle limite les intermédiaires. Elle est également **plus valorisante** car elle permet plus de lien avec les patients et les praticiens qui les suivent.

L'activité de sous-traitance : Elle est assurée par des prestataires externes ou des sociétés spécialisées (20). Ils prennent alors en charge l'achat, la livraison et la maintenance du matériel médical. Pour l'officine c'est un **gain de temps et d'espace** considérable. Cependant, elle n'est pas financièrement avantageuse au long terme et la confiance envers le prestataire est primordiale car l'officine reste garante du respect des règles en vigueur (23).

3.3 Les obligations du pharmacien prestataire

L'arrêté du **19 décembre 2006 du Code de la Santé Publique** (24) établit les normes professionnelles qui encadrent la délivrance de matériel par les prestataires de services. Elles sont au nombre de 17 que l'on peut regrouper autour de quatre grandes préoccupations : **Le respect du patient, de la prescription, les bonnes conditions de délivrance et la sécurité de l'utilisateur.**

1. Le respect du patient, son consentement libre et éclairé :

Les prestataires de services doivent **garder à cœur les intérêts de leurs patients** avant toute chose.

Ils doivent leur fournir une **information claire, honnête et intelligible**.

La présentation du matériel doit être objective, exposant à la fois les avantages et inconvénients de chaque option disponible. Ils mettent également à disposition la **notice d'utilisation** et renseignent leurs patients sur la durée de vie du matériel ainsi que sur les conditions de garanties.

Ils ne doivent pas inciter à l'achat de matériel inutile. Ils peuvent en revanche renseigner leurs patients sur le prix, les modes de prise en charge et leur fournir un devis. Le patient est **libre d'avoir recours au prestataire qu'il souhaite**.

Enfin le prestataire doit effectuer une démonstration et s'assurer de la bonne compréhension de son utilisateur.

2. Le respect de la prescription :

Lorsque des préconisations sont indiquées par le prescripteur, elles doivent être **respectées** et prises en compte dans le choix final du matériel.

3. De bonnes conditions de délivrances :

Le local : Les pharmacies doivent disposer d'un local respectant les normes d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite (**PMR**). Cet espace, réservé à l'accueil personnalisé doit bénéficier d'une **isolation phonique et visuelle suffisante** pour garantir la confidentialité des échanges.

Si l'officine souhaite délivrer du matériel indiqué dans la perte de mobilité, ce local doit également offrir suffisamment d'espace pour l'essai des équipements. C'est-à-dire une surface 16 mètres carrés, avec une largeur minimale de 2 mètres (23).

Les essais : Lorsque le matériel s'y prête, le pharmacien doit **réaliser des essais sans obligation d'achat** avec le patient. Ceux-ci peuvent avoir lieu à la pharmacie dans les conditions préalablement définies ou idéalement au domicile du patient.

Ils visent à garantir l'acquisition du matériel **le plus adapté**   la situation. Ils permettent également de s'assurer de leur **bonne utilisation** en condition réelle.

Cas particuliers : Ces essais sont obligatoires pour l'achat de véhicules et dispositifs de verticalisation électriques. En effet la prise en charge est conditionnée par la réalisation d'un essai préalable effectué avec une équipe pluridisciplinaire (25).

Le devis : Les prestataires de service ont obligation de fournir un devis dans trois cas particuliers. Le premier, lorsque le prix du produit ou de la prestation est supérieur ou égal à 100  TTC. Le deuxième, lorsqu'il y a un reste à charge dans le cadre d'une location. Le troisième, lorsqu'un produit est réalisé sur mesure.

Ces devis doivent alors être gratuits, comporter la date de rédaction ainsi que la durée de validité et doivent inclure toutes les charges dans le prix. Ils doivent être conservés pendant un an par le professionnel (26).

Mise à disposition et maintenance : Le pharmacien assure un service après-vente complet, comprenant maintenance et réparations. Le matériel doit être en parfait état et assurer la fonction pour lesquelles il est employé. Les réparations doivent être effectuées dans un délai réglementaire quand il existe ou dans une période raisonnable en fonction des besoins du patient.

- **En cas de location :** La livraison à domicile de véhicules pour handicapés physiques (VPH) doit s'effectuer dans les **deux jours ouvrés**. Le pharmacien doit effectuer les réparations **sans frais et dans les meilleurs délais**, ou fournir un matériel de remplacement le plus similaire possible à celui d'origine si une immobilisation de plus d'un jour est nécessaire (23).

- **En cas d'achat** : Les réparations sont prises en charge dans le cadre de forfaits. Comme précédemment, le pharmacien doit tout mettre en œuvre pour restituer le plus rapidement possible son véhicule à l'assuré. Ce délai est de **trois jours ouvrés**. Si des pièces détachées sont à commander, les délais d'approvisionnement s'ajoutent aux délais de réparation. Le pharmacien s'engage alors à fournir un **véhicule de secours à propulsion manuelle dans les 24 heures** (27).

Pour terminer sur les conditions de délivrance, un **service d'astreinte téléphonique** doit être assuré en cas de problème pour l'utilisateur.

4. La sécurité des usagers

La sécurité est un élément central de la confiance accordée aux prestataires. Elle passe par une **désinfection rigoureuse** ainsi que par la **matéiovigilance**.

Lorsque l'appareil est en location et que celle-ci prend fin, le pharmacien assure une reprise rapide du matériel. Il doit alors procéder à un **nettoyage** et une **désinfection** (23).

Ces opérations sont réalisées dans un local distinct de l'espace d'accueil des clients. Les parties n'ayant pas été en contact direct le patient doivent être soigneusement nettoyées et désinfectées. Celles en contact direct seront en plus stérilisées.

A la fin du nettoyage, une étape de vérification du matériel doit être effectuée afin de détecter d'éventuels anomalies.

Une fois le matériel propre et contrôlé, il peut être entreposé dans l'espace réservé à cet effet en attendant sa prochaine utilisation.

La **matéiovigilance** a pour objet « *la surveillance des incidents ou des risques d'incidents résultant de l'utilisation des dispositifs médicaux* » (28).

L'objectif est de prévenir la récurrence d'incidents et de risques graves impliquant des dispositifs médicaux (DM) en mettant en place des mesures préventives et correctives adaptées.

Tout événement grave doit donner lieu à une **déclaration obligatoire** et **sans délai** à l'ANSM. (Annexe 1)

La non-déclaration par le pharmacien qui aurait eu connaissance d'un événement grave peut faire l'objet de sanctions pénales et financières (29). Est considéré comme grave, tout incident ou risque d'incident ayant entraîné « *la mort ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou d'un tiers* » (30).

Les autres incidents peuvent être rapportés trimestriellement de façon facultative.

Le respect de ces quatre grandes thématiques est essentiel pour assurer une dispensation de qualité aux patients.

Le pharmacien prestataire doit donc s'assurer que chacun des points précédemment abordés est effectif s'il souhaite conserver la confiance des patients et des autres acteurs de santé.

4. Fonctionnement préalable à la mise en place de la loi pour la prescription de matériel de MAD

Pour bien saisir l'avancée apportée par le droit de prescription des ergothérapeutes, il est essentiel de comprendre le processus de prescription qui était en vigueur avant l'instauration des nouvelles mesures.

Pour cela, un schéma simplifié sera employé, permettant une division en étapes (figure 4). Ce schéma sera revisité dans la partie II.3 pour y intégrer les modifications apportées par la loi.

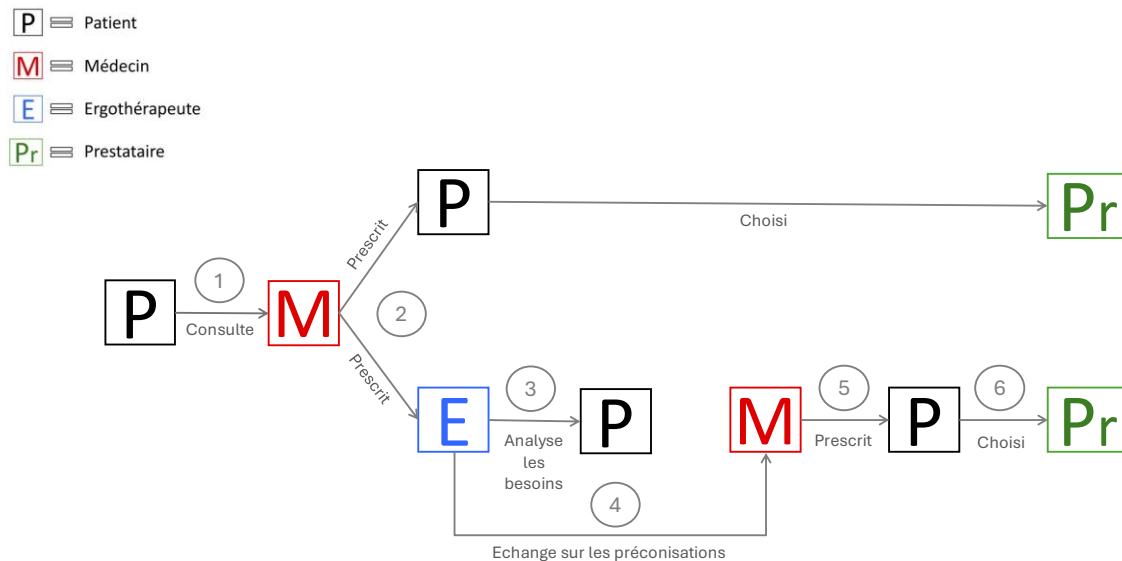


Figure 4 : Fonctionnement préalable à la mise en place de la loi

Etape 1

Le patient qui nécessite un accompagnement dans son projet à de maintien à domicile consulte un médecin.

Etape 2

Ce dernier peut ensuite :

- Prescrire directement le matériel au patient.
- **Prescrire l'intervention de l'ergothérapeute.**

Etape 3

Dans le cas où des séances sont prescrites et où du matériel est nécessaire, l'ergothérapeute s'entretient avec le patient pour connaître ses besoins et son environnement.

Il établit un **cahier des charges**, **recherche le matériel** le plus adapté et **réalise des essais**.

Etape 4

Une fois le matériel déterminé, **l'ergothérapeute adresse ses préconisations au médecin prescripteur** en argumentant le besoin si nécessaire.

Etape 5

Le médecin effectue une prescription au patient en tenant compte des recommandations de l'ergothérapeute.

Etape 6

Le patient choisi son prestataire.

Avant l'entrée en vigueur de cette nouvelle loi, au moins **six étapes**  taient donc nécessaires pour faire intervenir un ergothérapeute.

Cette complexité était **préjudiciable pour le patient** car susceptible d'entraîner des retards dans sa prise en charge, **pour les professionnels** car chronophage et **pour la société** car une multiplication des interventions entraine une augmentation des coûts.

Maintenant que nous avons clarifié les rôles respectifs de l'ergothérapeute et du pharmacien dans le maintien à domicile ainsi que la problématique du fonctionnement antérieur, nous pouvons désormais aborder notre deuxième partie qui va traiter des nouvelles dispositions.

II) Nouvelles dispositions

1. Changement de paradigme des années 2000 : Droit de prescription progressivement étendu à de nouvelles professions

1.1 Changement de politique de santé

Avant les années 2000, seuls les titulaires du diplôme de docteur en médecine étaient autorisés à prescrire des médicaments en France. Les autres professionnels n'étant pas habilités, sauf cas spécifiques et limités. L'offre de soins était alors satisfaisante pour l'époque.

Cependant les gouvernements successifs, de droite comme de gauche, vont adopter des **mesures restrictives** en termes de personnel et de financement, amenant à repenser le système de santé.

La mise en place d'un *numerus clausus* contraignant passant de 8500 médecins formés chaque année en 1975 à 3500 en 2000 (31), le temps nécessaire à leur formation, la féminisation de la profession ainsi que leur répartition inégale sur le territoire vont entraîner une pénurie médicale.

Dès les années 2000, une solution envisagée pour désengorger les cabinets médicaux consiste à **confier davantage de tâches aux professions paramédicales**.

L'objectif étant d'améliorer l'accès aux soins, maîtriser les dépenses de santé et valoriser les compétences des autres professionnels de santé (32).

Un changement de paradigme s'opère : Le médecin, bien que restant l'élément central dans la prise en charge de son patient, se voit progressivement dépossédé d'une partie de son monopole.

Deux lois sont particulièrement représentatives des changements de pilotage qui s'effectuent alors. Il s'agit des lois **Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST)** et **de modernisation du système de santé** dite « Loi Touraine »

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires :

Parue en 2009, cette loi est divisée en quatre titres dédiés à la modernisation des établissements de santé, à l'accès pour tous aux soins de qualité, à la prévention et la santé publique, et enfin à l'organisation territoriale du système de santé.

Elle introduit la notion de **coopération entre professionnels de santé** :

« Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient » (33).

Cela se traduit par des accords interdisciplinaires permettant à de nouvelles professions de réaliser des actes médicaux leur étant auparavant interdits ou d'obtenir un droit de prescription.

Le transfert de compétence se distingue de la délégation par la notion de **responsabilité**. En effet, en cas de délégation, la responsabilité des actes incombe au professionnel qui délègue. Dans le cas d'un transfert, elle appartient au professionnel qui les réalise.

La figure 5 permet de constater que la mise en place de ce type de protocoles est un processus long et réglementé.



Cette mesure a notamment octroyé aux pharmaciens le droit d'administrer les vaccins contre la grippe en 2017 puis contre la covid en 2021 avant de leur accorder un droit de prescription et d'administration pour l'ensemble des vaccins du calendrier vaccinal en 2023 (35).

Loi de modernisation de notre système de santé :

Parue en 2016, elle s'inscrit dans la continuité de la loi HPST en mettant particulièrement l'accent sur la prévention, l'accès aux soins et l'innovation.

Elle a permis la création d'un statut d'exercice en pratique avancée pour les infirmiers (IPA) et une extension de compétences pour de nombreuses professions du corps médical.

Grâce à ce texte, sages femmes, infirmiers, dentistes et kinésithérapeutes ont ainsi pu obtenir un droit de prescription en matière de substituts nicotiniques (36).

Si ces deux lois ont constitué un tournant majeur dans le développement et la reconnaissance des compétences des professions paramédicales, nous allons maintenant voir qu'à une échelle plus large, ces changements ont eu lieu progressivement.

1.2 Frise chronologique non exhaustive de l'évolution des compétences des professions paramédicales

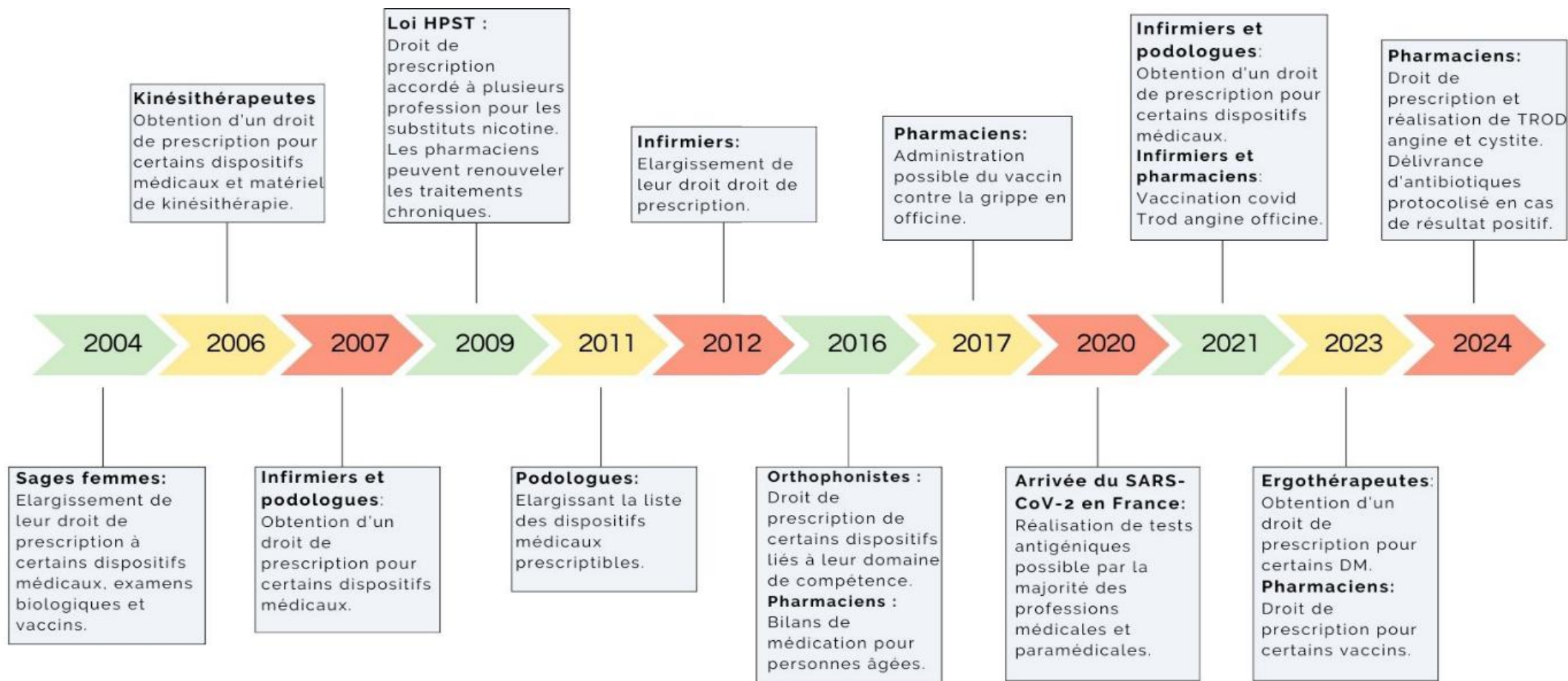


Figure 6 : Chronologie des droits de prescription par profession

Afin de retracer l'évolution des différents droits de prescription et de situer celui accordé aux ergothérapeutes, l'emploi d'une frise chronologique est nécessaire (Figure 6).

Les dentistes n'y apparaissent pas car ils ont historiquement un droit de prescription relatif à l'art dentaire.

Elle permet d'observer que le droit de prescription des ergothérapeutes intervient **17ans après celui des kinésithérapeutes**. Bien que ces professions diffèrent avec une approche complémentaire de la rééducation, leur proximité et leurs objectifs communs rendent surprenant cet intervalle de temps.

Cette frise met également en lumière la tendance consistant à **déléguer progressivement de nouvelles missions aux professions paramédicales**. Cette évolution graduelle est aussi le témoin d'un effort continu pour valoriser leurs compétences. Chaque corps de métier se voit ainsi attribuer de nouvelles responsabilités en rapport avec son domaine d'expertise, renforçant son rôle dans le système de santé.

Bien que tardif, le droit de prescription accordé aux ergothérapeutes s'inscrit donc parfaitement dans cette dynamique de délégation et de valorisation du secteur paramédical en contribuant à une meilleure gestion des ressources médicales.

2. Cadre réglementaire

2.1 Définition juridique des dispositifs médicaux, explications sur les aides techniques et la LPPR

Dans le code de la santé publique, est considéré comme dispositif médical : « ***Tout instrument destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue dans ou sur le corps humain n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme*** » (37).

Sont distinguées quatre catégories allant du risque le plus faible au plus élevé : I, IIa, IIb, III (38). Ces dernières tiennent compte de l'impact potentiel du dispositif sur la santé humaine de par leur caractère invasif et leur durée d'utilisation (39).

Les dispositifs médicaux prescriptibles par les ergothérapeutes font tous partis de la **classe I**. La mise en place d'un DM sur le marché est conditionnée par l'obtention d'un **marquage CE** qui garantit sa conformité aux normes européennes.

Les aides techniques sont quant à elles définies dans le code de l'action sociale et des familles comme : « ***Tout instrument conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap*** » (40).

Les deux définitions étant proches, elles peuvent se recouper. Certaines aides techniques

prescrites sont des dispositifs médicaux. C'est le cas des fauteuils roulants, cannes, lève malade...

Mais il existe également des produits qui ne sont que des aides techniques (barres d'appui, loupes, couverts ergonomiques) ou que des dispositifs médicaux (tests de diagnostic rapides).

C'est au fabricant d'émettre une demande pour inscrire son produit à la LPPR afin qu'il soit remboursé. En pratique la plus part des aides techniques qui y sont inscrites sont des dispositifs médicaux (25).

La liste des produits et prestations remboursables également abrégée LPPR ou LPP permet de consulter les tarifs de remboursements effectués par l'Assurance Maladie. La base de données est mise à jour chaque semaine et consultable sur le site Ameli.fr.

La LPP est divisée en 5 titres afin de faciliter les recherches :

- **Titre I : DM pour traitements, aide à la vie, aliments et pansements**
- **Titre II : Orthèses et prothèses externes**
- **Titre III : Dispositifs médicaux implantables, implants et greffons**
- **Titre IV : Véhicules pour handicapés physiques**
- **Titre V : DM médicaux invasifs non éligibles au titre III**

Seul les titres I, II et IV sont concernés par le droit de prescription des ergothérapeutes.

2.2 Code de la santé publique et arrêté du 12 juin 2023

La mise en place du droit de prescription des ergothérapeutes s'est effectuée en trois temps.

Le chapitre relatif aux ergothérapeutes du Code de la santé publique a d'abord été modifié le 26 avril 2021 pour y inscrire la mention suivante :

« Ils peuvent prescrire des dispositifs médicaux et aides techniques nécessaires à l'exercice de leur profession, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de l'Académie nationale de médecine, dans des conditions définies par décret. » Article L4331-1 (41).

Puis, le 30 avril 2022, l'article **D4331-1-1** (42) a précisé les conditions de prescription qui s'appliqueraient :

- Elles ne pourraient se faire que dans le cadre d'actes d'ergothérapie prescrits par un médecin.
- L'ergothérapeute serait habilité à prescrire sauf indication contraire du médecin.
- Il devra en informer le médecin prescripteur et avec l'accord du patient, le médecin traitant.
- Les ergothérapeutes travaillant pour un prestataire, distributeur ou fabricant de matériel ne seront pas autorisés à prescrire.

Enfin, **l'arrêté du 12 juin 2023** (43) publié au Journal officiel le 16 juin a permis la mise en application des deux articles précédents en publiant la liste des dispositifs techniques et aides techniques prescriptibles.

Ce texte, dont la liste suit, est entré en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2023.

- ⇒ *Lits médicaux*
- ⇒ *Dispositifs médicaux d'aides à la prévention des escarres*
- ⇒ *Appareils modulaires de verticalisation et accessoires associés*
- ⇒ *Cannes et béquilles*
- ⇒ *Coussins de série de positionnement des hanches et des genoux*
- ⇒ *Déambulateurs*
- ⇒ *Sièges pouvant être adaptés sur un châssis à roulettes*
- ⇒ *Appareils destinés au soulèvement du malade*
- ⇒ *Appareils divers d'aide à la vie, tels que : appareils de soutien partiel de la tête, casques de protection pour enfant en situation de handicap, chaises percées avec accoudoirs et seau, coquille pour bain pour enfant jusqu'au 16e anniversaire, socles   inclinaison variable de coquille pour bain pour enfant jusqu'au 16e anniversaire, gants sur mesure pour mutilation de main, couteaux, couteaux-fourchettes, liants avec étui*
- ⇒ *Véhicules pour personnes en situation de handicap, leurs éventuelles adjonctions, et les produits d'aides à la posture*
- ⇒ *Matériaux pour réalisation d'appareils d'immobilisation d'application immédiate, thermoformables à basse température moulés directement sur les téguments,   état caoutchouteux transitoire ou à état viscoélastique transitoire*
- ⇒ *Ceintures de soutien lombaire de série et bandes ceintures de série*
- ⇒ *Colliers cervicaux*
- ⇒ *Attelles de correction orthopédique de série*
- ⇒ *Chaussures thérapeutiques de série.*

Cette liste sera détaillée au point 4 suivant.

Cet aspect réglementaire étant terminé, nous allons pouvoir aborder les répercussions de cette nouvelle loi en pratique.

3. Nouveau fonctionnement possible

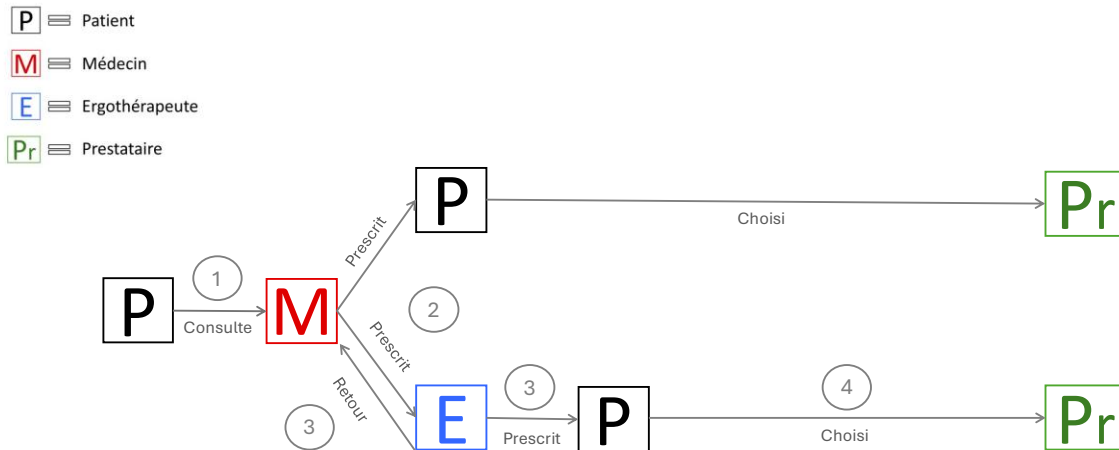


Figure 7 : Fonctionnement après mise en place de la loi

Contrairement aux six étapes précédemment nécessaires avant l'application de cette mesure, ce nouveau processus simplifie le parcours en quatre étapes :

Etape 1

Le patient consulte un médecin.

Etape 2

Comme précédemment ce dernier peut décider de :

- Prescrire directement du matériel au patient.
- **Prescrire l'intervention de l'ergothérapeute.**

Etape 3

Dans le cas où des séances sont prescrites, l'ergothérapeute s'entretient avec le patient pour connaître ses besoins, son environnement et les adaptations nécessaires.

Il établit un cahier des charges, recherche le matériel le plus adapté et réalise des essais.

Il établit alors **directement une ordonnance au patient** et **effectue un retour au médecin**.

Etape 4

Le patient choisit son prestataire.

Ce nouveau fonctionnement évite une consultation supplémentaire avec le médecin qui s'appuyait sur l'argumentaire de l'ergothérapeute pour établir une prescription de matériel.

4. Description des aides techniques et dispositifs médicaux

Nous allons maintenant décrire les aides techniques et dispositifs médicaux pour lesquels les ergothérapeutes disposent d'un droit de prescription.

Ces descriptions seront basées sur des installations auxquelles j'ai pu assister en accompagnant un technicien prestataire de service. Elles s'appuieront également sur un support de formation en maintien à domicile (44), reçu lors d'une session de formation en mars 2024 à la Maison Bleue de Blois. Il s'agit d'une maison témoin financée par le Conseil général du Loir-et-Cher qui comprend un grand nombre d'aides techniques et de matériel médical. Accessible aussi bien aux professionnels qu'aux particuliers, elle met en valeur les aménagements possibles d'un logement pour faciliter le maintien à domicile.

Lorsque d'autres sources seront employées, elles seront mentionnées dans le titre du paragraphe concerné.

Nous aborderons principalement le matériel disposant d'une prise en charge. Des exemples de tarifs de remboursement seront donnés dans le point 6.

4.1 Lits médicaux (45)

Avant l'installation d'un lit médicalisé, des barres d'accès et des échelles de lit peuvent être proposées aux patients rencontrant des difficultés pour accéder à leur lit ou pour passer de la position allongée à assise et debout.

N'étant pas inscrites dans la liste des produits remboursables, elles ne font pas l'objet d'une prise en charge directe par l'Assurance Maladie. Des subventions peuvent en revanche être attribuées sur demande par différents organismes.

Les lits médicaux (figure 8) sont conçus pour **améliorer le confort** des patients, celui de leur entourage et des soignants.

Ils sont équipés de 4 roulettes munies de freins et possèdent au moins deux fonctions électriques permettant de régler le relèvement-buste ainsi que la hauteur du lit. Un relèvement-jambe également présent. Il peut être manuel ou électrique, on parle alors de lit trois fonctions. Certains disposent en plus d'une plicature permettant une meilleure répartition du poids du corps sur le matelas.

Une télécommande est mise à disposition des patients pour qu'ils puissent eux-même ajuster leur position.



Figure 8 : Schéma d'un lit médicalisé (46)

Le type de lit médicalisé est à adapter en fonction des besoins du patient. Parmi la variété de modèles on va pouvoir trouver :

Des lits standards : Ce sont les plus courants, ils supportent un poids inférieur à 135kg et disposent d'une hauteur minimale d'environ 29cm.

Lits Fortissimo : Conçus pour supporter un poids allant de 135 à 280kg, ils permettent la prise en charge des patients à forte corpulence et sont disponibles dans des largeurs allant de 110 à 160cm.

Lits Alzheimer : Ils apportent une sécurité supplémentaire aux personnes confuses et agitées. La hauteur peut être abaissée à 21cm afin de limiter le risque et la gravité des chutes.

Lits doubles : Pour les couples qui souhaitent continuer à partager leur lit malgré la mise en place d'un lit médicalisé, il existe des lits de 140cm comportant un ou deux sommiers indépendants permettant à chacun d'adapter sa position.

Lits parc : Adaptés à la population pédiatrique.

Les lits sont livrés avec des accessoires parmi lesquels se trouvent :

- Des barrières escamotables : Elles préviennent du risque de chute lors du sommeil et constituent une aide pour les changements de position.
- Une potence : Pour les patients qui ont assez de force dans les bras, elles aident à accéder au lit et à se remonter.
- Un pied à sérum : Si nécessité de perfusion.

Lors de l'installation d'un lit médicalisé, il est nécessaire d'effectuer une **démonstration de ses fonctionnalités**.

La position basse est à privilégier pour les patients qui présentent un risque de chute dans leur sommeil. Une position plus haute améliore le confort des intervenants pendant la réalisation des soins et facilite les transferts assis debout. Les transferts allongés assis sont également plus aisés grâce à la fonction électrique commandant le relèvement buste.

Le relèvement jambe améliore le retour veineux et limite le phénomène de glissement lorsque le buste est relevé.

4.2 Les dispositifs médicaux d'aides à la prévention des escarres

4.2.1 Définition d'un escarre et échelle de Norton

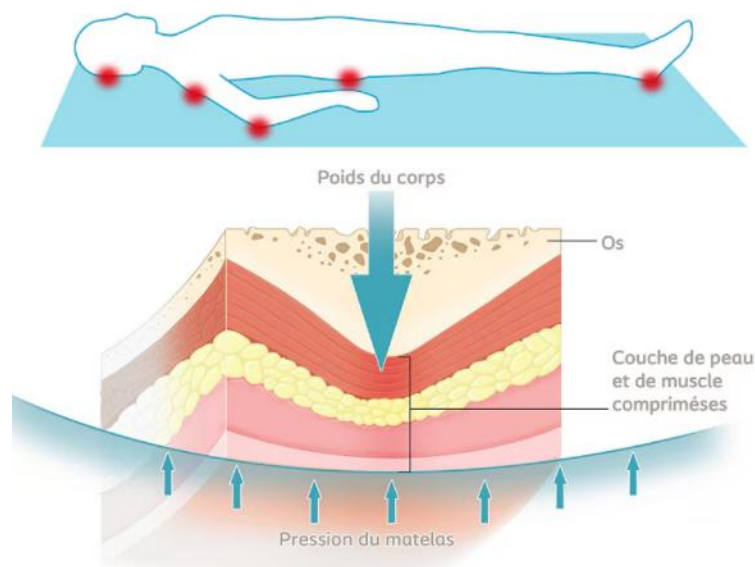


Figure 9 : Mécanisme de formation d'un escarre (48)

Selon l'HAS, « l'escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses. » (47).

La pression prolongée du poids du corps contre un support entraîne un manque d'oxygène tissulaire constituant le point de départ des escarres (figure 9).

Ils sont plus fréquemment retrouvés aux points appuis : **Talons, sacrum, ischions, coudes** (48).

Le cisaillement qui se produit lorsque la peau du patient frotte contre une surface est un facteur aggravant car il engendre une déformation des tissus. Ces cisaillements ont souvent lieu lors de transferts ou en cas de glissement dans le lit.

La macération est également une condition aggravante, l'augmentation de l'humidité et de la température tissulaire accroît leur formation.

Les escarres peuvent se former très rapidement chez les personnes à risque. La prévention est donc un élément essentiel pour la prise en charge des patients à risque. Elle repose sur une mobilisation régulière, une nutrition suffisante, une limitation de la macération ainsi qu'une réduction de la pression aux points d'appuis.

L'**échelle de Norton** est l'échelle la plus fréquemment utilisée afin d'évaluer cliniquement le risque de survenue d'escarres.

Elle repose sur **5 critères** notés de **1 à 4** pour un total de **20 points** (49).

Tableau 1 : Echelle de Norton

Condition physique		Condition mentale		Niveau d'activité		Capacité de mobilisation		Incontinence	
Bonne	4	Alerte	4	Ambulant	4	Complète	4	Aucune	4
Assez bonne	3	Apathique	3	Marche avec aide	3	Légèrement altérée	3	Occasionnelle	3
Pauvre	2	Confus	2	Ne peut quitter sa chaise	2	Très limitée	2	Urinaire	2
Très mauvaise	1	Inconscient	1	Alité	1	Immobile	1	Urinaire et fécale	1

L'obtention d'un score compris entre **5 et 8** expose à un **risque élevé** de survenue d'escarres.

Un score compris entre **9 et 12** expose à un **risque moyen**.

Un score compris entre **13 et 14** expose à un **risque faible**.

Un score **supérieur à 15** expose à un **risque quasi nul**.

Le nombre d'heures passées au lit est également un bon indicateur du risque de formation d'escarres :

- **Inférieur à 15h** le risque est **faible**.
- **Supérieur à 15h** le risque va de **moyen** à **élevé**.
- Un patient alité toute la journée présente un risque **élevé**.

Il existe des dispositifs de prévention des escarres pour le lit médicalisé ainsi que pour le fauteuil. Le type de matelas et de coussin à adopter sera fonction du score obtenu à l'échelle de Norton.

La LPP distingue trois classes :

- **Classe I** : Pour les patients avec un score inférieur ou égal à 14 ou qui présentent une lésion médullaire.
Elle est elle-même divisée en deux sous classes. La sous-classe **IA** est renouvelable **tous les ans**, la **IB tous les deux ans**.
Ils sont destinés à des patients avec un risque allant de **faible**   **moyen**.
- **Classe II** : Pour les patients avec un score inférieur ou égal à 14 et présentant des antécédents d'escarres. La classe II est associée aux patients présentant un **risque moyen à élevé**.
Le renouvellement de cette classe est possible **tous les trois ans**.
- **Classe III** : Pour les patients avec un score inférieur ou égal à 14 et présentant des antécédents d'escarres. La classe III est associée aux patients présentant un **risque élevé** de développer des escarres.
Le renouvellement de cette classe est possible **tous les cinq ans**.

En cas de dégradation de l'état de santé du patient, un changement de classe est possible sans tenir compte des délais de renouvellement.

4.2.2 Les principaux matelas d'aide à la prévention des escarres (50)

L'utilisation d'un lit médicalisé est toujours accompagnée par la mise en place d'un matelas adapté. Le type de matelas doit être fonction du risque de développement d'escarres et de l'état clinique du patient.

Classification LPPR

Pour un usage transitoire avec un risque nul, un simple matelas clinique conviendra parfaitement.

Il s'agit d'un matelas en mousse de polyuréthane de densité uniforme contenue dans une housse de protection.

Classe IA :

Matelas gaufrier (figure 10) (51)

Ce type de matelas est constitué d'une mousse de polyuréthane monobloc dont la surface supérieure est structurée en plots fixes en **forme de gaufrier**.

Ils sont recommandés pour les patients avec un risque allant de faible à moyen, capables de se mobiliser. La présence d'air entre les plots **limite la macération** et sa forme est **favorable à la mobilité**.



Figure 10 : Matelas gaufrier (51)

Matelas à air à pression alternée (figure 11) (52)

Il s'agit d'un matelas dynamique qui se constitue de cellules gonflées alternativement sur un temps défini grâce à un compresseur. De cette façon les points d'appuis varient régulièrement limitant ainsi la pression prolongée sur les tissus.



Figure 11 : Matelas à pression alternée (52)

Malgré le fait qu'ils appartiennent à la classe IA, les matelas à air sont indiqués pour les patients avec **des escarres constitués** ou présentant un **risque très élevé**.

Disponible uniquement à la location, bien souvent, seul le compresseur est pris en charge. Le matelas est gracieusement mis à disposition du patient par le prestataire.

Ce type de matelas n'est parfois pas bien toléré. Il est pourtant très efficace pour réduire les escarres. Afin de favoriser sa mise en place on peut s'assurer que le compresseur soit suffisamment silencieux pour ne pas déranger le patient. Certains disposent également d'un mode nursing qui facilite la mobilisation par le soignant lors des soins.

Classe IB :

Matelas en mousse structurée (figure 12) (53)

La partie supérieure du matelas est constituée de plots comme pour le matelas gaufré simple. Cependant à la différence de celui-ci, les modules de mousse peuvent être amovibles et sont de **densité variable**. Il offre donc une **meilleure répartition du poids** du corps aux points d'appuis.

On peut les trouver d'un seul tenant, chaque plot a alors une densité et hauteur différente. Ou divisé en trois blocs afin d'adapter le support aux points d'appuis.

On recommande ce type de matelas pour les patients avec un risque d'escarre de niveau moyen. Il nécessite de bonnes connaissances à l'installation afin de positionner correctement les blocs.



Figure 12 : Matelas mousse structurée (53)

Classe II :

Matelas en mousse viscoélastique à mémoire de forme (figure 13) (54)

Ce matelas est composé d'une première couche de mousse en polyuréthane sur laquelle repose une seconde couche de mousse viscoélastique avec une **faible résilience**. Il possède les mêmes caractéristiques que les coussins à mémoire de forme vus précédemment, à savoir un **assouplissement par la température et le poids du patient** ainsi qu'un retour lent à sa forme initiale.

Ils sont utilisés en prévention d'un risque allant de moyen à élevé, pour des patients alités plus de 15h par jour mais levés en journée.

La mousse viscoélastique repartie la pression des points d'appuis en s'adaptant au corps du patient. Elle **limite cependant la mobilisation et favorise la macération**. Elle ne convient donc pas aux personnes avec une transpiration excessive. Lors de son installation, il faudra bien veiller à placer la partie viscoélastique sur la face supérieure.



Figure 13 : Matelas mousse viscoélastique (54)

Classe III :

Matelas multistrates (figure 14) (55)

Il s'agit d'un matelas divisé en trois couches. La partie inférieure est faite d'une mousse dense qui assure la stabilité, la partie centrale d'une mousse gaufré qui assure une circulation de l'air et enfin la partie supérieure est constituée d'une mousse de faible densité qui assure la répartition du poids.

Ce type de matelas est indiqué **après une phase aigüe d'escarre**.



Figure 14 : Matelas multistrates (55)

Afin d'ajuster la position du patient dans son lit, les matelas d'aide à la prévention peuvent être complétés par des coussins de positionnement que nous aborderons après les coussins d'aide à la prévention des escarres.

L'utilisation de draps de glisse devrait également être envisagée chez les personnes à risque d'escarres. Ils permettent une réduction de l'effet de cisaillement lors des transferts et facilitent le travail des soignants. Cette aide technique n'est cependant pas prise en charge.

Classification HAS (56)

En 2009, une commission de la Haute Autorité de Santé a travaillé sur une nomenclature différente de celle présente dans la LPPR (figure 15). Cette dernière, plus juste, classe les matelas en quatre catégories selon la durée hebdomadaire d'alitement et les capacités de mobilisation du patient (57).

Les matelas à air y figurent notamment en catégorie 3.

NIVEAU DE RISQUE	INDICATIONS	LISTE DES MATELAS ET SURMATELAS
Catégorie 0. Dispositif pour des patients à risque nul de développer une escarre (selon jugement clinique et échelles)	Dispositif indiqué chez le patient en situation d'alitement de quelques jours, se mobilisant seul et sans problème	matelas ordinaire, dit hôtelier, en bon état, d'au moins 14 cm d'épaisseur, réalisé dans une mousse de masse volumique supérieure ou égale à 27 kg/m ³
Catégorie 1. Dispositif de prévention pour des patients à risque faible à moyen de développer une escarre (selon jugement clinique et échelles)	Dispositif indiqué chez le patient alité de 10 à 15 heures, qui se mobilise seul avec difficulté, sans trouble neurologique important, sans artériopathie, état général bon à moyen	<u>Non motorisés :</u> - surmatelas à air non motorisé autre qu'à cellules télescopiques ou pneumatiques individuellement déformables - matelas en mousse mono-densité en forme de gaufrier <i>+/- : dispositifs d'aide technique à la posture en position allongée</i>
Catégorie 2. Dispositif de prévention pour des patients à risque moyen à élevé de développer une escarre (selon jugement clinique et échelles)	Dispositif indiqué chez le patient levé dans la journée, alité plus de 15 heures	<u>Non motorisés :</u> - matelas en mousse incluant des modules amovibles ou non de densité et/ou hauteur variables - surmatelas (et matelas) en mousse viscoélastique type à mémoire de forme - matelas mixte constitué de mousse et incluant un insert à eau en zone à risque <u>Motorisés :</u> - surmatelas à air motorisé automatique, à pression constante ou dynamique ou mixte ou à perte d'air, de plus de 10 cm d'épaisseur d'air <i>+/- : dispositifs d'aide technique à la posture en position allongée</i>
Catégorie 3. Dispositif de prévention pour des patients à risque élevé (selon jugement clinique et échelles)^(a)	Dispositif indiqué chez le patient non-levé dans la journée, en mauvais état général et/ou ayant une artériopathie et/ou un trouble neurologique sévère récent	<u>Non motorisés :</u> - surmatelas à air non motorisé réglable statique, à cellules télescopiques individuellement déformables <u>Motorisés :</u> - matelas à air motorisé automatique, à pression constante ou dynamique ou mixte ou à perte d'air, de plus de 15 cm d'épaisseur d'air <i>+/- : dispositifs d'aide technique à la posture en position allongée</i>

(a) Catégorie 3 : prescription par médecin de médecine physique et réadaptation, neurologue ou gériatre

Figure 15 : Classification des matelas par l'HAS (56)

Après avoir passé en revue les principaux matelas nous allons maintenant passer aux coussins de prévention des escarres

4.2.3 Les principaux coussins d'aide à la prévention des escarres

Classe IA : Coussins en gel (figure 16) (58)

Ils sont constitués d'un gel viscoélastique contenu dans une poche de polyuréthane. Le gel s'assouplit à la chaleur du corps pour s'adapter à la morphologie du patient.

L'efficacité limitée, le risque de macération et de rupture ainsi que leur poids font qu'ils sont en pratique **peu utilisés**.



Figure 16 : Coussin gel (58)

Classe IB : Coussin mousse et gel (figure 17) (59)

Le gel repose cette fois ci sur une couche de mousse le rendant moins lourd et moins fragile. Il est également plus adapté aux personnes corpulentes que le précédent.

Ce type de coussin n'est à utiliser que chez les patients avec un faible risque de formation d'escarres.



Figure 17 : Coussin mousse et gel (59)

Classe II

Coussins viscoélastiques (figure 18) (60)

 galement appelés « coussins   mémoire de forme », ils sont constitués d'une mousse qui a la particularité de se déformer avec la température ainsi que le poids du patient et qui ne reprend sa forme initiale que très lentement. Il soulage efficacement les points de pression et assure une stabilité d'assise.

Ce type de coussin fait partie des plus fréquemment délivrés en pharmacie. Ils sont indiqués pour les personnes passant **plus de 10h par jour au fauteuil** ou ayant un risque allant de moyen à élevé.



Figure 18 : Coussin viscoélastique (60)

Coussin pneumatique à cellules télescopiques (figure 19) (61)

Ces coussins se composent d'alvéoles indépendantes implantées en nid d'abeilles et gonflées par une pompe.

Le réglage est fonction du poids et de la taille du patient.

Ce sont les coussins les plus adaptés aux personnes avec un **risque élevé** de formation d'escarre car ils limitent l'effet de cisaillement par l'indépendance des cellules et la macération grâce aux espaces entre les alvéoles. Ils sont également plus adaptés pour les patients avec des appuis asymétriques.



Figure 19 : Coussin pneumatique (61)

Autres coussins

Coussins ischiatiques sur mesure (62) (63)

Il s'agit de coussins fabriqués sur mesure pour chaque patient par la réalisation d'une empreinte de ses points de pression. La structure de ce type de coussin comprend deux couches de mousse aux densités différentes.

Ils sont indiqués en cas d'atteinte médullaire ou de pathologies neuromusculaires avec un haut risque de formation d'escarres et un temps journalier au fauteuil supérieur à 8h.

La prescription doit être effectuée par **équipe pluridisciplinaire** comprenant au moins un médecin de réadaptation / médecine physique et un ergothérapeute ou kinésithérapeute. Sa fabrication ne peut être réalisée que par un orthoprothésiste. La société Physiopro® est par exemple spécialisée dans ce type de réalisation. Un pharmacien spécialisé en positionning peut en revanche procéder à la prise des mesures anthropométriques.

Coussins à air dynamique

Comme les matelas à air, ce type de coussin dispose d'un compresseur permettant de gonfler alternativement des cellules.

4.2.4 Les coussins de positionnement (figure 20) (64)

Les coussins de positionnement pour la prévention des escarres permettent **d'adapter la posture du patient** dans son lit afin de décharger certaines parties de son corps.

Ils sont pour la plupart constitués de microbilles de polystyrène expansé contenues dans une housse de protection. Différentes formes de coussin sont disponibles selon la zone à décharger. Parmi les plus fréquemment retrouvés on observe les coussins universels, bouée et demi-bouée, de décubitus, demi-lune, cylindrique et triangle.

Maintenant que nous avons pu voir les différents dispositifs d'aide à la prévention des escarres, nous allons aborder les instruments d'aide au transfert.



Figure 20 : Coussins de positionnement (64)

4.3 Les appareils modulaires de verticalisation / les appareils destinés au soulèvement du malade et accessoires associés

Les appareils modulaires de verticalisation facilitent le transport du patient d'un endroit à l'autre, tout en assurant sa sécurité et celle de son soignant. Le type d'appareil à utiliser sera fonction des capacités de mobilisation qu'il reste au patient. Nous allons en détailler trois en partant du moins au plus utilisé.

Les guidons de transfert (figure 21) (65)

Ce type d'appareil permet le passage de la position assise à debout et inversement afin de faciliter le transfert entre un lit et un fauteuil par exemple.

Il se compose d'un guidon et d'une plateforme rotative. Non motorisé, il nécessite une **participation active** du patient qui doit avoir la force nécessaire pour se mettre debout en poussant sur ses jambes et en tirant la barre. L'aidant peut ensuite procéder à la rotation de la plateforme afin de déplacer le patient. Certains modèles possèdent en plus quatre roues rendant possible un très court déplacement.



Figure 21 : Guidon de transfert (65)

Les verticalisateurs (figure 22) (66)

Ce sont des appareils qui offrent la possibilité de transférer facilement le patient d'un endroit à un autre en passant par la position semi debout. Ils peuvent être mécaniques ou munis d'un moteur et possèdent quatre roues ainsi qu'une sangle. Ils sont principalement employés pour des personnes **incapables se relever seules** mais qui ont conservé une **tonicité du tronc**.



Figure 22 : Verticalisateur (66)

Verticalisateurs vertistatique / standing / stand up (figure 23) (67):

Parmi les modèles de verticalisateurs existants, certains possèdent un appui dorsal ainsi qu'une tablette permettant une station debout prolongée. Employés en rééducation, ils participent à réadaptation des patients en cas d'hypotension orthostatique, améliorent la posture, le maintien des amplitudes articulaires équin des chevilles, stimulent le renforcement musculaire et osseux, facilitent le transit et la circulation sanguine.



Figure 23 : Verticalisateur vertistatique (67)

Les soulève-personnes (figure 24) (68) (69)

Ils permettent les transferts **allongé/assis** des patients qui **ne peuvent plus se mobiliser seuls**. Ils se composent d'une structure en acier avec une forme de U au sol qui repose sur quatre roues. Un bras de levage monte et descend le patient grâce à une sangle par l'action d'une télécommande.



Figure 24 : Soulève personne (69)

Les sangles pour verticalisateurs et lève-personnes

On trouve différentes sangles en fonction de l'appareil utilisé, la forme souhaitée, la corpulence du patient et de ses capacités.

Voici quelques exemples de sangles retrouvées en pharmacie : sangle universelle, en hamac, avec tête, de bain ou de toilette.

4.4 Cannes et béquilles

Il existe une variété de cannes. Comme précédemment le choix sera fonction des besoins du patient et à adapter selon sa taille et son poids.

Canne anglaise (figure 25) (70)

Ces cannes sont le plus souvent retrouvées en cas de **traumatisme** du membre inférieur. Elles permettent un **double appui de la main et de l'avant-bras**, ce qui leur confère une certaine stabilité. Elles sont vendues à l'unité mais s'utilisent la plupart du temps par deux.

Les cannes anglaises standards sont les plus retrouvées car ce sont les moins onéreuses. Il existe cependant des variantes qui apportent plus de confort comme les cannes à croissant articulé, confort ou avec appui antébrachial réglable.



Figure 25 : Paire de cannes anglaises (70)

Béquilles ou cannes axillaires (figure 26) (71)

Beaucoup moins utilisées que les cannes anglaises, elles sont souvent confondues à tort avec ces dernières. Elles se placent **sous les aisselles** du patient et **limitent la sollicitation des poignets**. Elles sont directement vendues en paire.



Figure 26 : Canne axillaires (71)

Canne simple (figure 27) (72)

Ce sont des **canne d'appoint** qui offrent moins de stabilité que les cannes anglaises.

Elles existent dans différents matériaux, pliables ou non et avec différentes poignées. Les plus retrouvées sont en forme de T mais il en existe également des anatomiques (adaptées aux droitiers et aux gauchers), en col de cygne ou allemandes.

Sauf mention contraire du praticien, les cannes simples doivent être placées en controlatéral de la lésion, c'est-à-dire du côté valide.



Figure 27 : Canne simple en forme de T avec dragonne (72)

Cannes tripodes et quadripodes (figure 28) (73)

Ces cannes offrent une **grande stabilité** et permettent un appui plus important, avec un risque de glisse limité. Autre avantage, elles tiennent debout seules lorsqu'elles ne sont pas utilisées. Le patient n'a donc pas besoin de se baisser pour les ramasser.

En revanche elles **compliquent la marche** et sont plus lourdes et encombrantes que les cannes simples.

Elles sont souvent employées pour la rééducation à la marche du fait de leur stabilité importante. Notamment pour les patients hémiplegiques chez qui l'utilisation d'un déambulateur n'est pas indiqué. Elles peuvent également servir de transition vers la canne simple.



Figure 28 : Canne tripode (73)

Cannes blanches

Elles sont utilisées par les personnes **malvoyantes** pour se guider dans l'espace.

Cannes sièges (figure 29) (74)

Elles fournissent **une assise d'appoint** après dépliement pour permettre au patient de se reposer.



Figure 29 : Canne siège (74)

4.5 Déambulateurs

Selon la situation, la canne peut ne pas suffire à assurer l'équilibre du patient lors de la marche. Les déambulateurs fournissent alors un soutien et une sécurité supplémentaire afin de favoriser l'autonomie. Différents types peuvent être identifiés, nous allons aborder les plus courants.

Les cadres de marche (figure 30) (75)

Souvent utilisés pour la rééducation de la marche, ces dispositifs permettent de répartir le poids du corps en allégeant la charge supportée par les membres inférieurs au profit des membres supérieurs.

Stables mais **encombrants**, ils sont principalement employés en rééducation ou à domicile pour de courts déplacements. Ils offrent également une aide précieuse à la verticalisation.

Des variations existent selon les modèles.

Les **cadres fixes** sont les plus stables, ils nécessitent cependant d'avoir un minimum de force dans les bras pour **être soulevés à chaque pas**. Ils sont employés en rééducation à la marche pour les patients âgés ou présentant une amyotrophie des membres inférieurs avec présence d'une contre-indication à l'appui étant donné leur stabilité supérieure aux béquilles et rollators.

L'adjonction de **poignées de basse hauteur** facilite les transferts assis debout, ils peuvent notamment constituer une aide intéressante à domicile pour se relever.

Les **cadres articulés** nécessitent de soulever un côté puis l'autre pour avancer. Ils présentent l'avantage d'être moins lourds mais nécessitent un meilleur équilibre.

Certains modèles sont **pliants** pour faciliter leur transport.



Figure 30 : Cadre de marche fixe avec poignées basse hauteur (75)

Les rollators (figure 31) (76)

Ce sont des déambulateurs qui possèdent deux, trois ou quatre roues.

- Les déambulateurs à deux roues sont utilisés en **intérieur**. Des roues fixes sont positionnées à l'avant tandis que des patins à l'arrière assurent la stabilité. Certains modèles sont équipés d'un siège d'appoint.
- Les déambulateurs trois roues sont **les plus maniables** grâce à une roue libre positionnée à l'avant. Ils offrent cependant une **moins bonne stabilité** que les autres. Des freins sont actionnables à partir d'une commande située sous les poignées. En tirant vers le haut on régule la vitesse, en poussant vers le bas on immobilise le déambulateur. Ils peuvent être utilisés **en extérieur comme en intérieur** notamment dans les petits espaces ou les pièces encombrées. Ils ne disposent pas de siège.
- Les déambulateurs quatre roues sont les plus fréquemment délivrés en pharmacie. Ils sont **particulièrement adaptés à un usage extérieur** du fait de leur **maniableté** et leur **stabilité**. La présence d'un siège d'appoint et d'un panier sont très appréciés des patients. Ils peuvent également être employés en **intérieur** et disposent du même système de freins que les trois roues.



Figure 31 : Déambulateur quatre roues (76)

4.6 Sièges pouvant être adaptés sur un châssis à roulettes

Deux types de sièges sont répertoriés dans la LPPR sous le libellé « sièges adaptables sur un châssis à roulettes » il s'agit des sièges coquille de série et des sièges de série modulables évolutifs.

Les sièges coquilles de série (figure 32) (77)

Également appelé fauteuil coquille, ce **siège d'intérieur** permet d'installer confortablement les patients qui n'ont **plus de mobilité**. Son ergonomie est adaptée aux patients présentant des troubles de l'équilibre au niveau du tronc. Il constitue une bonne solution pour **limiter l'alitement** en journée.

Il se compose d'un châssis roulant avec un système de basculement permettant d'incliner le patient vers l'arrière ainsi que d'une coque moulée enveloppante et capitonnée. On retrouve la présence d'accoudoirs et de repose-jambes pour le confort et le positionnement ainsi qu'un harnais de sécurité.



Figure 32 : Siège coquille de série (77)

Le coussin d'assise étant à mémoire de forme et ce type de fauteuil étant destiné aux personnes confinées au lit, sa prise en charge exclue celle des coussins de prévention des escarres et des véhicules pour personnes handicapées. Par ailleurs il est nécessaire de réaliser une **demande d'entente préalable** auprès de la sécurité sociale. L'absence de réponse dans les 15 jours fait office d'acceptation.

Les sièges de série modulables évolutifs (figure 33) (78) (79) (80)

Ce type de siège permet de maintenir en position assise les patients avec un déficit postural grave. Les possibilités de personnalisations contribuent à faciliter son utilisation notamment pour les repas, le jeu ou la rééducation.

Sa prise en charge est conditionnée par une prescription médicale émanant d'un **médecin spécialisé en pédiatrie, rééducation fonctionnelle, rhumatologie, chirurgie orthopédique**. Les ergothérapeutes ne disposent donc pas d'un droit de prescription pour ce dispositif. Ils sont en revanche sollicités pour réaliser son adaptation.



Figure 33 : Siège modulable évolutif (80)

4.7 Appareils divers d'aide à la vie :

Nous allons trouver dans cette section une variété de dispositifs que nous allons décrire succinctement.

Appareils de soutien partiel de la tête (81) : Ce sont des coussins qui s'accrochent sur la partie haute d'un dossier de fauteuil à pousser et qui permettent d'assurer **une stabilité de la tête et de la nuque** en position allongée.

Casques de protection pour enfant en situation de handicap (82) : Ils **réduisent les risques de blessures** et de choc à la tête pour les personnes présentant des affections neurologiques comme de l'épilepsie, de l'autisme ou un traumatisme crânien.

Chaises percées avec accoudoirs et seau (83) : Également retrouvées sous le nom de chaises garde-robe, ces chaises servent de WC d'appoint pour **limiter les déplacements** aux toilettes notamment la nuit afin de **limiter les risques de chute**.

Coquille pour bain pour enfant jusqu'au 16^e anniversaire (84) : Elle permet de **laver un enfant** malade ou handicapé de **façon sécuritaire**. La coquille est en plastique et contient un matelas de protection ainsi que des sangles de fixation. Elle peut être fixée sur un socle à inclinaison variable.

Socles à inclinaison variable de coquille pour bain pour enfant jusqu'au 16^e anniversaire : Socles permettant de surélever une coquille de bain.

Gants sur mesure pour mutilation de main : Ce type de gant est adapté à la morphologie et l'activité de chaque patient pour lui fournir confort et protection.

Couteaux, couteaux-fourchettes, pliants avec étui (85) : Destinés à **favoriser l'autonomie**, ces couverts permettent aux patients de s'alimenter d'une seule main.

4.8 Véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) et leurs éventuelles adjonctions

La LPP relative aux véhicules pour handicapés physique est divisée en quatre parties (86) :

- « 1 – Fauteuils roulants
- 2 – Véhicules divers
- 3 – Adjonctions, options et réparations applicables aux fauteuils roulants
- 4 – Codes arrivés à échéance »

4.8.1 Les fauteuils roulants (figure 34)

Il existe une variété de fauteuils roulants : manuels, électriques, pliables, à dossier inclinable... Des éléments communs sont en revanche retrouvés sur la plupart des modèles disponibles.



Figure 34 : Schéma d'un fauteuil roulant standard (44)

L'**assise** permet au patient de s'asseoir, il est ensuite maintenu au niveau du dos par le **dossier**. Ces parties sont le plus souvent faites de toile et l'ajout d'un coussin de prévention des escarres peut être nécessaire pour préserver les ischions.

Des **accoudoirs** sont présents, ils peuvent être escamotables pour faciliter les transferts. Des **palettes** permettent de reposer les pieds.

Les **deux petites roues disposées à l'avant** confèrent de la maniabilité au fauteuil tandis que **les grandes à l'arrière** apportent confort et stabilité.

Enfin des **freins** sont disponibles pour immobiliser le dispositif en bloquant les roues arrière.

Voici quelques exemples de fauteuils :

Fauteuil standard : C'est le fauteuil le plus retrouvé en pharmacie, léger, pliable, il est aussi bien adapté à un usage ponctuel que permanent.

Fauteuil confort : Il est à privilégier pour les patients sortants peu en extérieur et qui préfèrent le confort à la maniabilité.

Fauteuil roulant verticalisateur (87) : Il permet la station debout pour favoriser l'accessibilité notamment au domicile. Il améliore en plus la circulation sanguine et le transit intestinal.

Fauteuil à propulsion électrique : Pour le confort et l'autonomie dans les déplacements. Attention cependant car la prescription ne peut être effectuée **que par un médecin de rééducation fonctionnelle** avec obligation d'essai avec un professionnel de santé. Bien que mentionné ici il ne fait donc **pas parti de la liste** des dispositifs que l'ergothérapeute peut prescrire.

Il en est pourtant bien souvent **l'initiateur**.

En effet, en évaluant les aptitudes et les besoins du patient, ainsi que ses aspirations et son environnement, l'ergothérapeute occupe un rôle clé dans la mise à disposition des fauteuils électriques.

C'est lui qui propose le modèle et les adjonctions. Il réalise, en plus, les essais et tests d'aptitude du patient afin de s'assurer qu'il puisse bien manipuler le fauteuil.

La prise en charge des fauteuils électriques est conditionnée par une **demande d'entente préalable**.

Fauteuil actif : Ce type de fauteuil possède un dossier très bas qui remonte peu au niveau du dos. Le châssis est plus léger que celui des autres fauteuils et on note fréquemment l'absence d'accoudoirs pour faciliter le mouvement. Ils sont réservés à un usage sportif et ont particulièrement été mis en valeur lors des jeux paralympiques 2024. En pratique ils ne sont jamais vendus en pharmacie car ils doivent être adaptés sur mesure au patient et remplir un cahier des charges bien spécifique.

Le vendeur qui délivre un fauteuil doit veiller à ce que ses dimensions soient adaptées au patient en réalisant pour cela une prise de mesures (Annexe 2).

4.8.2 Véhicules divers

D'autres types de véhicules peuvent être pris en charge. Ils sont cependant moins retrouvés en officine.

Fauteuils roulants à pousser : Les fauteuils à pousser se rapprochent des fauteuils coquille. Ils sont destinés aux patients qui passent beaucoup de temps au fauteuil, n'ont pas besoin d'un fauteuil pour l'extérieur et qui ne sont pas éligibles au fauteuil coquille car ils présentent un tonus suffisant du tronc.

Tricycles : Vélo à trois roues qui offre **une stabilité supérieure aux deux roues**.

Ils sont adaptés dans le cadre de troubles d'équilibre, périmètre de mobilité limité ou handicap empêchant l'emploi d'un vélo deux roues.

Utilisés en rééducation ils favorisent le renforcement musculaire et la coordination. On en trouve de plus en plus.

Scooter électrique modulaire : Pour les patients avec une capacité de marche très limitée pour qui l'objectif est de favoriser la vie sociale.

4.8.3 Adjonctions aux VPH

Différentes options peuvent être appliquées aux fauteuils roulants pour répondre au mieux aux besoins et aux problématiques de chaque utilisateur.

Sont notamment retrouvés des appui-têtes, repose-jambes, gouttières pour les avant bras, tablettes pour repas, ou des doubles mains courantes.

4.9 Matériaux pour réalisation d'appareils d'immobilisation d'application immédiate, thermoformables à basse température moulés directement sur les téguments,   état caoutchouteux transitoire ou à état viscoélastique transitoire.

Il s'agit de plaques thermoformables qui peuvent être découpées et modelées à une chaleur modérée (environ 65 C) pour former des attelles d'immobilisation.

4.10 Ceintures de soutien lombaire de série et bandes ceintures de série (figure 35) (88)

Utilisées pour soulager les lombalgies, ces dispositifs sont très fréquemment délivrés en pharmacie pour leur efficacité à un c  t raisonnable.

Les bandes ceintures sont faites d'un **simple bandeau** sans baleine, tandis que les **ceintures lombaires possèdent quatre baleines dorsales et deux ventrales**.

Différents modèles de ceintures lombaires sont disponibles et à adapter au patient : Simple/double sangle de serrage ou avec système de serrage facilité.



Figure 35 : Ceinture lombaire double sangle avec système de serrage facilité (88)

4.11 Colliers cervicaux

Conçus pour **immobiliser les cervicales** et limiter les mouvements de tête. On trouve différents modèles allant de C1   C4 qui vont du plus souple au plus rigide. Seules les C1 et C2 sont retrouvés en pharmacie.

4.12 Attelles de correction orthopédique de série (89) (90)

Les attelles de correction orthopédique de série sont destinées à **stabiliser, immobiliser et soulager une partie du corps**. Une simple prise des mesures du patient permet d'adapter la taille. Elles sont donc produites en série et non sur mesure.

On constate un très large choix d'attelles entrant dans cette catégorie : Attelles de poignet, chevilli res, genouillères, plantaires et bien d'autres.

4.13 Chaussures thérapeutiques de série (figure 36) (91) (92)

Les chaussures thérapeutiques de série sont divisées en deux dans la LPP : les CHUT et les CHUP. Les CHUT sont indiquées pour un **usage temporaire** tandis que les CHUP le sont pour un **usage permanent**.

Ces chaussures confèrent un **confort supplémentaire** aux patients qui présentent certaines pathologies du pied comme des déformations, des œdèmes, des troubles neurologiques ou des complications du diabète.



Figure 36 : CHUT (92)

Après avoir détaillé la liste des produits remboursables faisant parti du domaine de prescription des ergothérapeutes, nous allons maintenant aborder les conditions de prescription.

5. Prescription : Conditions de prescription, mentions à apposer sur l'ordonnance, durée de validité

Conditions de prescription

Comme évoqué dans le point trois portant sur le cadre réglementaire, les ergothérapeutes sont uniquement autorisés à prescrire dans le cadre d'actes professionnels d'ergothérapie prescrits par un médecin (93). Ils doivent par la suite en informer le médecin prescripteur. De surcroît, ils ne peuvent pas être salariés d'une société de prestataire de service, d'un distributeur de matériel médical ou d'un fabricant afin de conserver leur intégrité morale.

Dans le **guide de recommandations professionnelles** de juillet 2023 (25), l'ANFE adressait des conseils supplémentaires aux ergothérapeutes souhaitant commencer la prescription d'aide techniques et de dispositifs médicaux. Celui-ci indique notamment :

- La nécessité de **se référer à la LPP** avant toute prescription pour connaître le remboursement des produits, les professionnels habilités à le prescrire et la présence éventuelle d'une entente préalable.
- Le devoir d'évaluer la situation globale du patient afin de cerner ses besoins en élaborant si besoin un **cahier des charges** ainsi que des **essais**.
- L'engagement à la sobriété en ne prescrivant que les aides nécessaires et en favorisant les plus durables et écoresponsables.

Les mentions à apposer sur l'ordonnance (25,94)

Les ordonnances établies doivent, pour être recevables, indiquer de façon lisible différents éléments que nous allons maintenant détailler.

Concernant le prescripteur : Les informations permettant d'identifier le prescripteur doivent être présentes, à savoir : nom, prénoms, qualité, numéro RPPS (accordé en mars 2024 pour les ergothérapeutes (95)), adresse professionnelle, coordonnées téléphoniques, adresse électronique, s'il exerce dans un établissement de santé le numéro FINESS, s'il exerce en libéral le numéro SIRET, sa signature.

Concernant le patient : Doivent figurer sur l'ordonnance son nom, prénoms, date de naissance, si besoin taille et poids.

Concernant l'ordonnance : Elle doit être datée. Il est nécessaire d'y faire figurer l'aide technique ou le DM souhaité et ses annexes (nom commercial ou dénomination de rattachement à la LPPR), la quantité à délivrer et la durée ou le nombre de renouvellement en cas de location. Par ailleurs en cas de prescription hors AMM, le caractère non remboursé du produit doit être indiqué.

Durée de validité

La durée de validité est établie pour **un an** à compter de la date de prescription. Les produits inscrits peuvent être délivrés tant qu'ils demeurent médicalement justifiés, sans obligation d'en retirer au moins un dans les 3 mois, comme c'est le cas pour les médicaments.

6. Prise en charge

Pour facturer un produit remboursable à l'Assurance Maladie, plusieurs informations doivent être fournies (96). Le praticien doit notamment :

- Renseigner le **numéro de sécurité sociale du patient**, en utilisant si possible directement sa carte vitale.
- Indiquer le **numéro du professionnel de santé**.
À noter que, jusqu'à une mise à jour réalisée le 04/10/24, le site Ameli recommandait l'emploi d'un numéro fictif propre aux ergothérapeutes (291990877) (97) afin d'éviter les rejets.
- S'assurer que le délai de renouvellement est respecté.
- Téléransmettre la facture en Sesam Vital B2S ou en cas d'impossibilité en norme B2 IRIS.
- Joindre une copie de l'ordonnance.

Le matériel inscrit dans la liste des prestations remboursables fait l'objet d'une prise en charge à **65%** du **tarif de remboursement fixé** par l'Assurance Maladie, **100%** lorsqu'il est en rapport avec **une affection de longue durée reconnue** ou lorsqu'il s'agit d'un fauteuil roulant.

Selon le modèle, il arrive cependant que le prix du DM ou de l'AT soit supérieur au montant inscrit à la LPPR. Des dépassements peuvent alors s'appliquer.

Après acquisition, il existe un **délai de renouvellement**. Ce dernier correspond à la période minimale à respecter avant de pouvoir bénéficier à nouveau d'une prise en charge par l'Assurance Maladie. Il varie entre 1 et 5 ans en fonction du matériel. Sa durée peut être raccourcie si la situation le justifie. C'est le cas lors d'une aggravation d'état de santé ou d'un changement morphologique important.

Voici des exemples de délais retrouvés selon le type de matériel employé (98) :

Tableau 2 : Délais de renouvellement du matériel

Dénomination	Délai de renouvellement
<i>Canne simple</i>	1 an
<i>Chaise percée</i>	1 an
<i>Déambulateur</i>	1 an
<i>Fauteuil coquille</i>	5 ans
<i>Fauteuil roulant</i>	5 ans
<i>Matelas et coussins classe Ia</i>	1 an
<i>Matelas et coussins classe Ib</i>	2 ans
<i>Matelas et coussins classe II</i>	3 ans
<i>Coussins classe III</i>	5 ans
<i>Coussin de positionnement</i>	2 ans

Concernant la location, la prise en charge des produits peut être dégressive passé un nombre de semaines.

Le tableau suivant, illustre ainsi des exemples de prise en charge retrouvées dans la liste des produits et prestations remboursables à l'achat ou en location :

Tableau 3 : Exemples de LPPR

Dénomination	Tarif LPPR
<i>Canne simple</i>	A l'achat : 12.20€
<i>Chaise percée</i>	A l'achat : 102.62€
<i>Coussin viscoélastique de classe II</i>	A l'achat : 69€
<i>Déambulateur (Quel que soit le modèle)</i>	En location : 2.21€/semaine, limité à 26 semaines Puis 1.34€/semaine
	A l'achat : 53.81€
<i>Fauteuil roulant standard</i>	En location 16.45€/semaine, limité à 52 semaines Puis 10.12€/semaine
	A l'achat : 603.65€
<i>Lit médicalisé standard</i>	En location 12.35 €/semaine
	A l'achat : 1030 €
<i>Lève personne</i>	En location 17.53€/semaine, limité à 32 semaines Puis 10.82€/semaine
	A l'achat 296.62€
<i>Matelas mousse viscoélastique classe II</i>	A l'achat 296.62€

Étant donné les montants engagés, la présence de dépassements et les délais de renouvellement applicables, il est essentiel que le distributeur s'assure de la parfaite **adéquation** entre le **matériel proposé** et les **besoins du patient**.

Cela doit inclure une évaluation du matériel fonction du mode de vie et de l'état de santé de la personne pour garantir une prise en charge optimale limitant les situations où le matériel s'avérerait inadapté. Une telle démarche contribue à optimiser l'utilisation des ressources et à renforcer la satisfaction du patient.

Nous concluons à présent cette deuxième partie consacrée à l'élargissement du droit de prescription des professions paramédicales et détaillant celui des ergothérapeutes pour nous intéresser aux enquêtes menées auprès de pharmaciens et d'ergothérapeutes.

III) Double enquête pharmaciens ergothérapeutes

1. Objectif

L'objectif principal de ces enquêtes était d'obtenir des retours concrets sur la mise en application du droit de prescription des ergothérapeutes et évaluer les relations entre les deux professions.

2. Matériel et méthode

2.1 Population cible

Questionnaire destiné aux officinaux : Pharmaciens diplômés exerçant en France indépendamment de leur statut au sein de l'entreprise (titulaire, adjoint ou remplaçants) ainsi que préparateurs diplômés.

Questionnaire destiné aux ergothérapeutes : Ergothérapeutes diplômés exerçant en France indépendamment de leur structure d'exercice.

2.2 Elaboration des questionnaires

Chaque questionnaire a été introduit par un paragraphe expliquant les objectifs de cette double enquête. Le corps était ensuite constitué de trois sections. La première, très générale, permettait de mieux connaître la situation professionnelle des participants. La deuxième, spécifique à chaque profession portait sur la nouvelle loi. La dernière visait à évaluer les liens interprofessionnels.

Afin de garantir la **pertinence des questions** et de **maintenir l'attention des participants** tout au long de l'enquête, l'accès à certaines rubriques était conditionné par les réponses précédentes des répondants.

Les questions ont été formulées de manière la plus concise possible afin d'en **faciliter la compréhension**.

Pour **encourager la participation** et **réduire les abandons** en cours de rédaction, la majorité d'entre elles étaient **fermées à choix multiples**. Lorsque cela était possible, une option «autre» était incluse pour offrir aux participants la possibilité de fournir une réponse différente de celles proposées.

À l'issue des principales sections, un espace libre était proposé pour permettre à celles et ceux qui souhaitaient s'exprimer de le faire.

Avant d'être diffusés, les questionnaires ont été soumis à l'avis de pharmaciens et d'ergothérapeutes pour s'assurer de leur pertinence.

2.3 Diffusion

Dans un souci de praticité les questionnaires ont été adressés aux participants au format numérique grâce à l'outil Google Form®. Cette approche a permis de préserver l'anonymat des participants tout en simplifiant l'accès aux questionnaires et l'analyse des données.

L'enquête s'est déroulée sur sept mois, de février à août 2024, avec deux pics de diffusion en mars et en juin.

Questionnaire destiné aux officinaux :

En février, un mail a été envoyé aux Conseils Régionaux de l'Ordre des Pharmaciens (CROP) afin de solliciter leur aide pour le partage de cette enquête. Deux régions ont répondu positivement, 4 ont refusé, les autres n'ont pas formulé de réponse.

En mars les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) de chaque région ont également été contactées par mail. Trois régions ont répondu positivement, les autres sont restées silencieuses.

L'enquête a donc été diffusée par les **CROP de Bretagne** et de **Centre Val de Loire** ainsi que par les **URPS des Pays de la Loire, Grand Est** et **Nouvelle Aquitaine**.

En juin, un partage a été effectué via le réseau social Facebook® sur des **groupes rassemblant des pharmaciens et préparateurs** en officine.

Questionnaire destiné aux ergothérapeutes :

En février un mail a été envoyé à l'ANFE afin de connaître les canaux de diffusion habituellement employés par les ergothérapeutes.

Suivant leurs recommandations, la diffusion s'est effectuée sur Facebook® via des **groupes d'entre-aide rassemblant des ergothérapeutes** tels que « J'exerce un métier mal connu : ergothérapeute » « Mémoire ergothérapie » « Ergothérapie (idées et activités) » ou encore « Ergothérapie & Personne Âgée ». Une relance a été effectuée au mois de juin.

En parallèle, le questionnaire a également été diffusé via le réseau **Ergo28** et le groupe **LNA Santé**.

3. Résultats d'enquête

L'enquête pharmacien a obtenu **174 réponses**, celle à destination des ergothérapeutes **108**. Les résultats ont été exploités via Google Sheets® puis extrait vers Excel® afin de les illustrer à l'aide de graphiques.

3.1 Résultats en officine

Section I : Votre pharmacie et vous

Question 1 : Quel est votre statut au sein de l'officine ?

La majorité des répondants **sont titulaires**, ils représentent 81% des participants avec 141 réponses. Viennent ensuite les **adjoints** avec 26 réponses qui constituent 15% de l'échantillon. Puis les **préparateurs** avec 6 réponses représentant 3% et un remplaçant pour 1%.

La figure 37 ci-dessous illustre leur répartition en pourcentage.

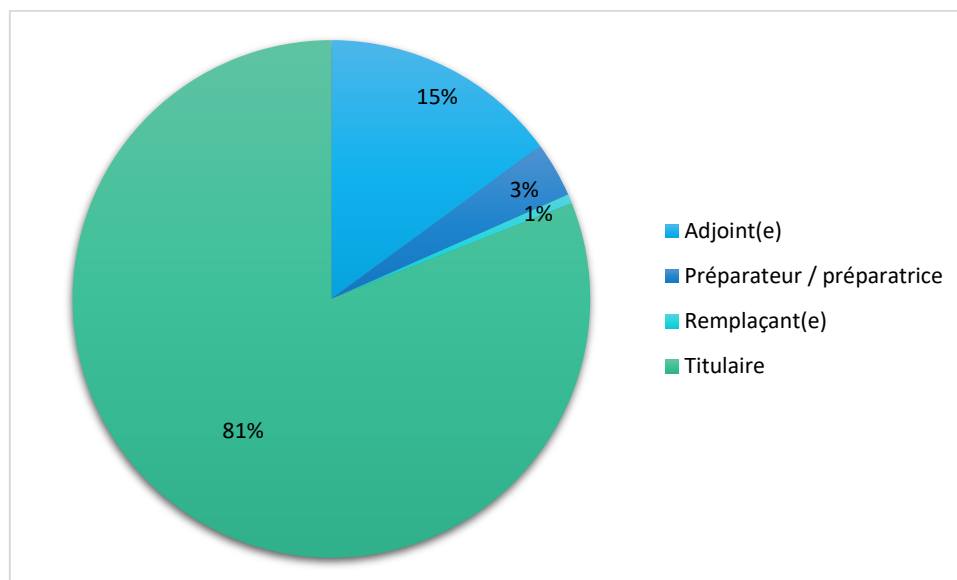


Figure 37 : Répartition des postes occupés par les participants

Question 2 : Dans quelle région exercez-vous ?

Sept régions sont présentes dans l'enquête :

- **Grand Ouest** avec 94 réponses soit 54%
- **Sud-Ouest** avec 62 réponses soit 37%
- **Ile de France** avec 7 réponses soit 4%
- **Grand Est** avec 6 réponses soit 3%
- **Sud Est** avec 3 réponses soit 2%
- **Hauts de France** avec une réponse soit 1%
- Et enfin les **DOM-TOM** avec une réponse soit 1%

La majorité des participants exercent donc dans le secteur Ouest de la France. Ces résultats sont présentés en figure 38.

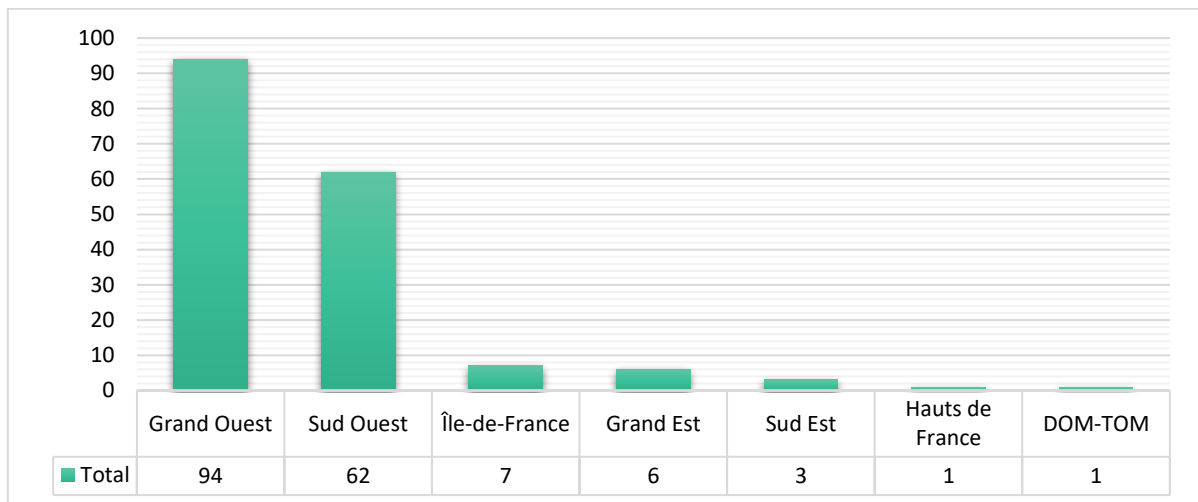


Figure 38 : Répartition géographique des participants

Question 3 : Votre pharmacie se situe :

Le questionnaire offrait quatre possibilités de réponse : Zone rurale, zone urbaine, centre commercial ou autre avec une réponse libre.

La figure 39 met en évidence que **59%** des sondés exercent en **zone rurale** avec 103 réponses contre **34%** en **zone urbaine** avec 59 réponses. Les personnes travaillant en centre commercial ne représentent que 2% de l'échantillon. Les 5% restants sont constitués de personnes exerçant en zone semi-urbaine, péri-urbaine, semi-rurale, centre bourg ou de quartier.

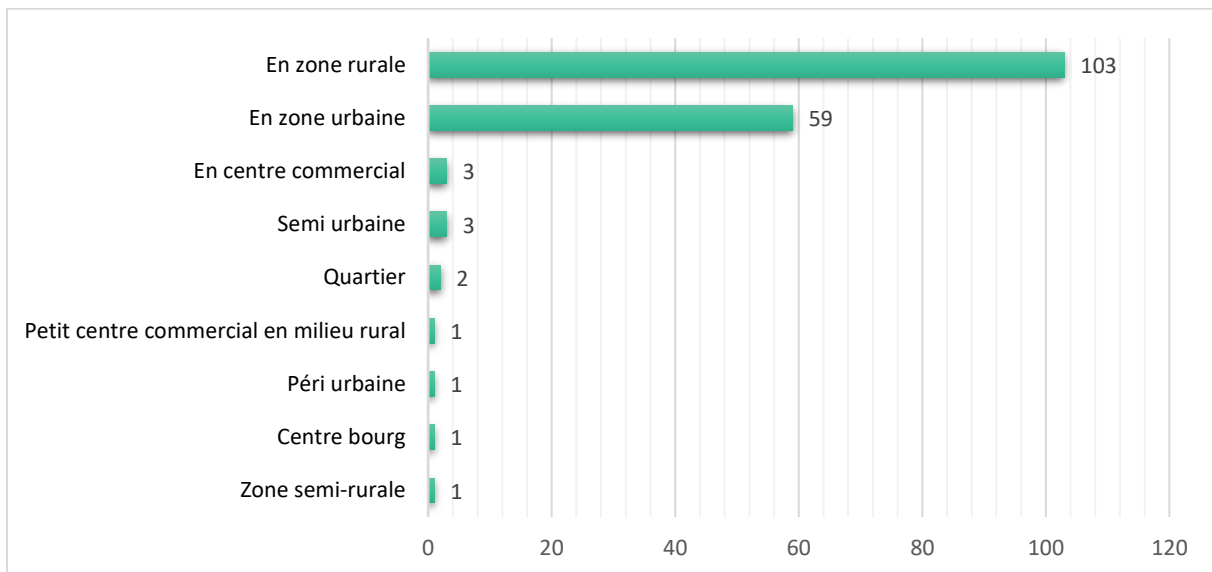


Figure 39 : Zone d'exercice des participants

Question 4 : Vous diriez de votre patientèle qu'elle se compose en majeure partie :

Cette question offrait quatre possibilités de réponse.

Comme illustré par la figure 40, **48%** des participants affirment que leur patientèle se compose en majeure partie de **patients réguliers âgés de plus de 65ans**. 42% déclarent qu'elle regroupe majoritairement des **patients réguliers sans distinction d'âge** et 10% des patients **réguliers de la tranche 25-65ans**.

Aucun des participants n'a jugé que la majorité de sa patientèle était constituée de personnes de passage.

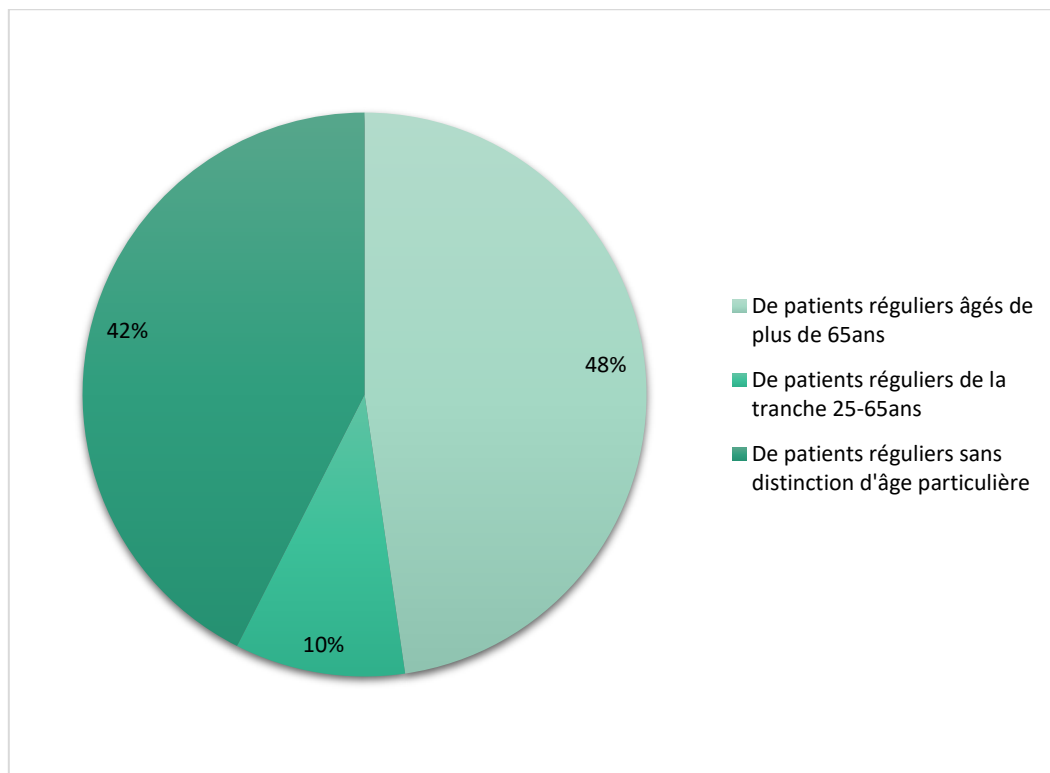


Figure 40 : Répartition de la patientèle des participants

Question 5 : Dans votre équipe, un membre est-il spécifiquement responsable du maintien à domicile ?

50% des personnes interrogées travaillent dans une pharmacie dans laquelle **un membre est spécifiquement responsable** du maintien à domicile. Pour **48%** il n'y a **pas de répartition** dans l'équipe. La question donnait aux participants la possibilité de fournir une réponse « autre » s'ils le souhaitaient. Cette option visible sur la figure 41 suivante a permis l'obtention de deux réponses supplémentaires.

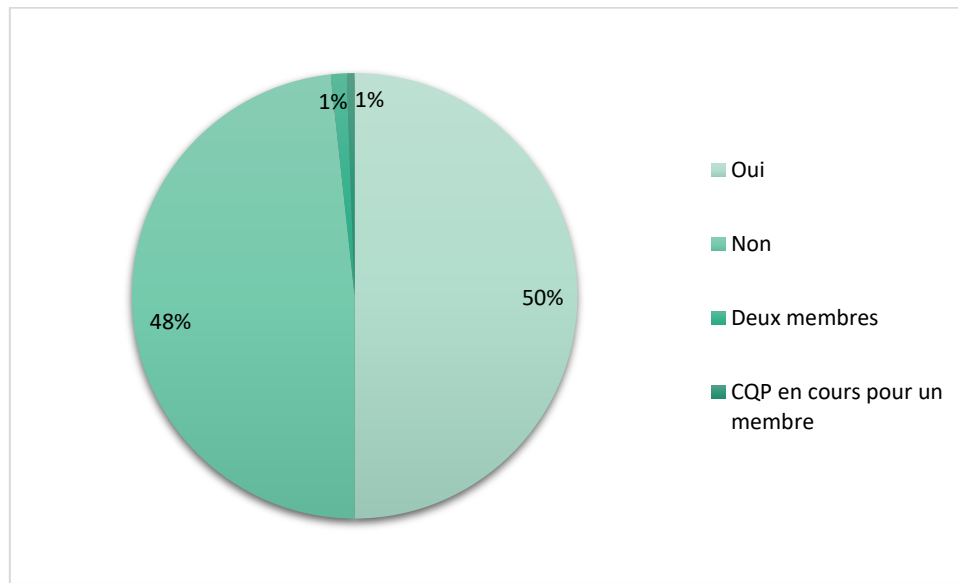


Figure 41 : Organisation au sein de l'équipe pour le MAD

Question 6 : Avez-vous développé ou mis en avant le secteur du maintien à domicile dans votre officine ?

Comme le montre la figure 42, une grande majorité des répondants, soit 72%, ont choisi de mettre en avant le secteur du maintien à domicile dans leur officine.

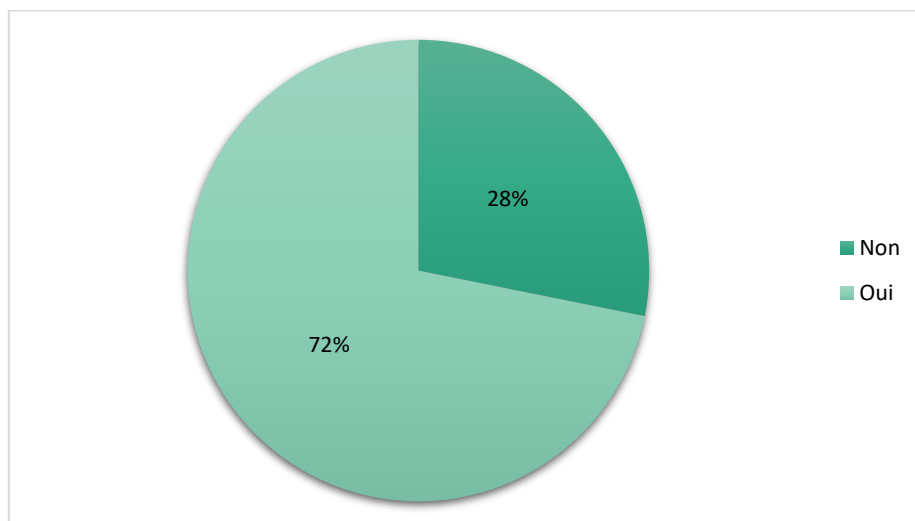


Figure 42 : Choix du développement et de la mise en avant du MAD

La réponse à cette question conditionnait la question 7.

Questions 7 A et B

Si la personne avait répondu « oui », elle se voyait proposer la question 7A suivante : **De quelle façon ?**

Les **125 personnes concernées** ont donc eu accès à des propositions à choix multiples avec la possibilité d'une réponse « autre » si elles le souhaitaient. Les résultats sont exposés en figure 43.

- 108 participants disent mettre en avant le secteur du MAD en exposant des modèles dans leur pharmacie
- 93 répondants se servent d'affiches, dépliants ou revues à disposition des patients
- 89 ont réalisé des formations dans le MAD ou l'orthopédie
- 35 ont acheté des dispositifs médicaux pour la location
- 20 communiquent sur leur activité via les réseaux sociaux
- 3 personnes ont indiqué une réponse autre parmi lesquelles on trouve :
 - La mise en avant du secteur MAD de l'officine avec un prestataire lors d'un forum organisé sur la commune
 - La mise en place d'écrans Medikiosk® (bornes digitales connectées présentant le matériel médical)
 - Une communication dans les locaux

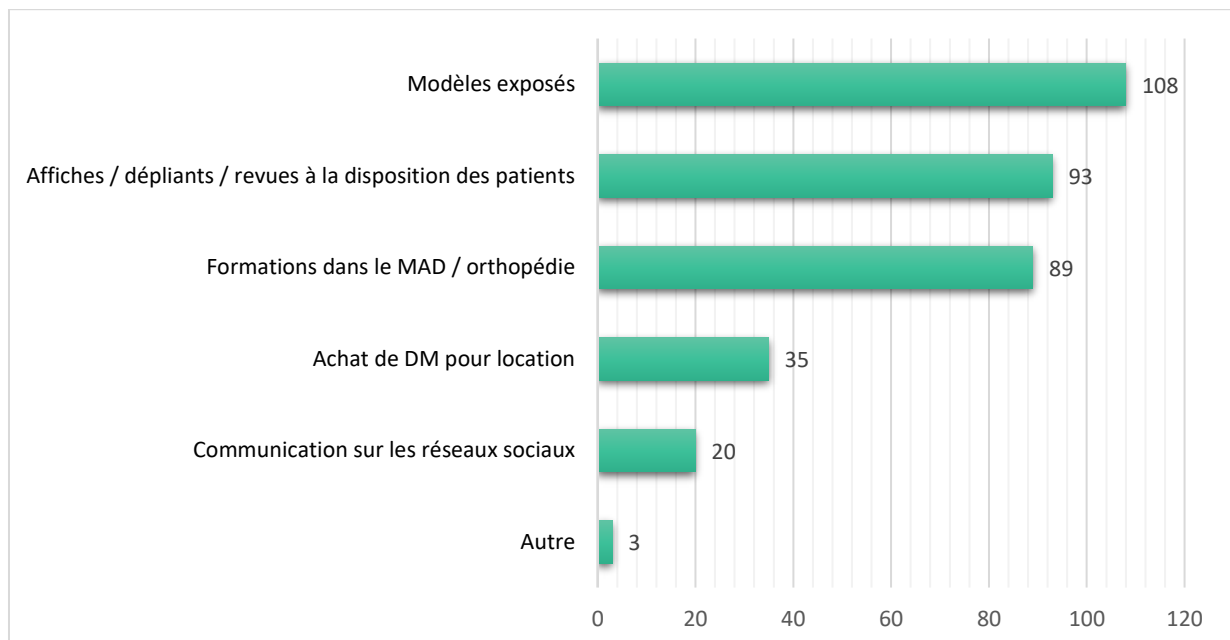


Figure 43 : Histogramme des moyens employés pour mettre de secteur MAD en avant à l'officine

En cas de réponse « non » à la question 6, la personne interrogée avait accès à la question 7B:
Pour quelles raisons ?

Les propositions étaient également à choix multiple, expliquant une somme supérieure au nombre de participants en figure 44.

Parmi les **49 personnes** dont l'officine n'a pas choisi de mettre en avant le maintien à domicile,

- 31 évoquent pour raison des locaux non adaptés
- 23 la présence de revendeurs médicaux dans l'environnement proche
- 10 une activité trop chronophage
- 7 l'absence de formation
- 4 une patientèle non adaptée
- 4 l'absence d'attrait pour le secteur
- 2 raisons « autre » avec : Pour l'un, un développement à venir, pour l'autre, l'absence de raison particulière

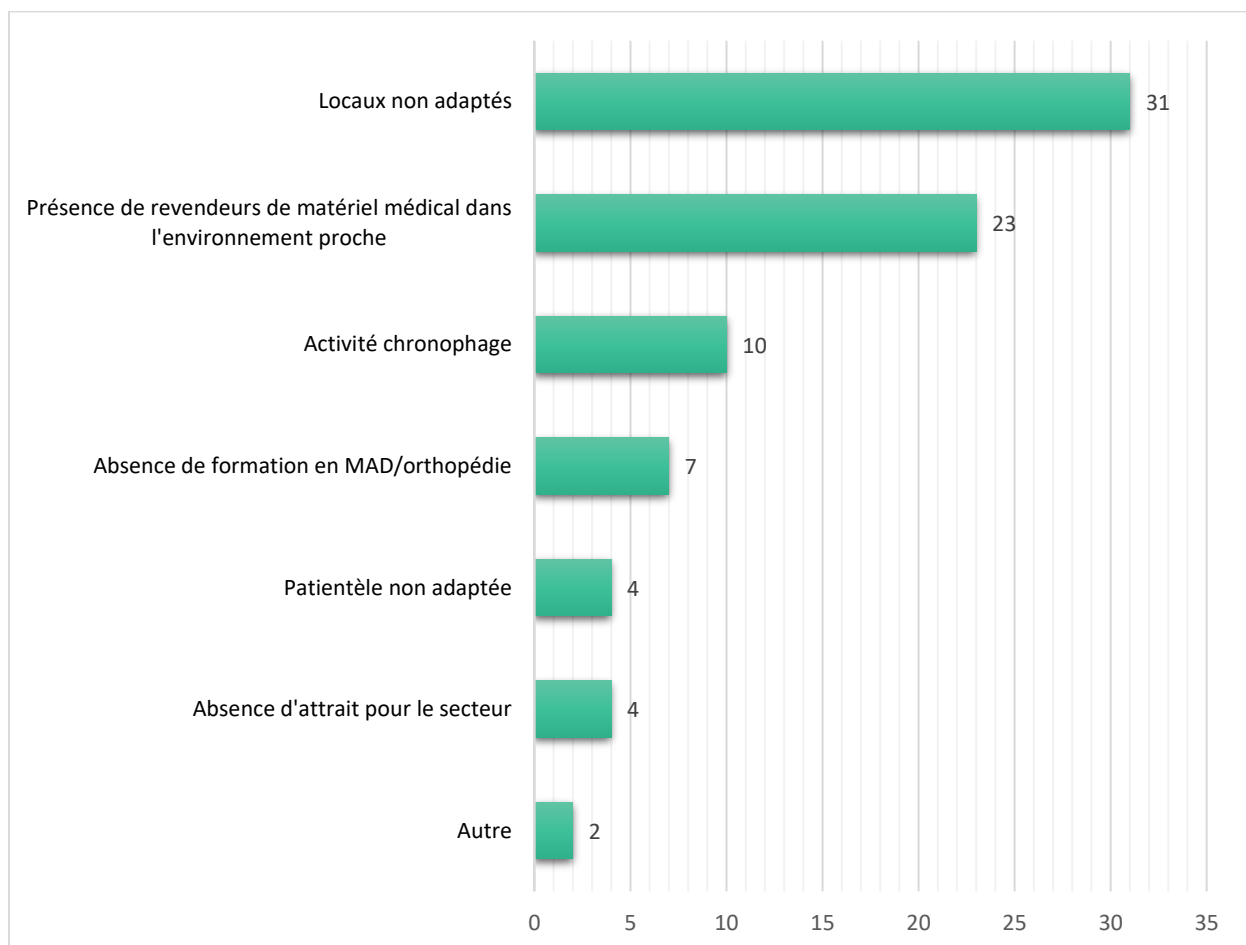


Figure 44 : Histogrammes des raisons évoquées de ne pas mettre en avant le MAD à l'officine

Question 8 : Dans le cadre du maintien à domicile et afin de répondre aux besoins en termes de location et vente : Avez-vous investi dans du matériel médical ou travaillez-vous exclusivement avec des prestataires ?

La figure 45 indique que 64% des pharmacies ayant répondu emploient à la fois du matériel appartenant à l'officine et aux prestataires.

Les 36% restants travaillent exclusivement avec des prestataires.

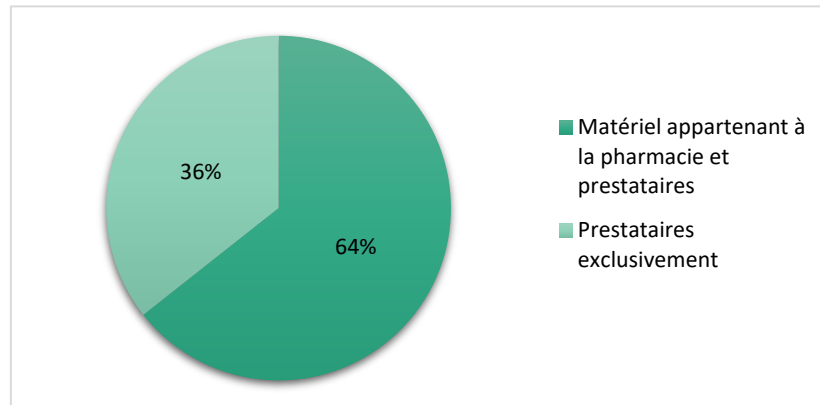


Figure 45 : Proportion d'officines ayant investi dans du matériel de MAD

Question 9 : Quels équipements possédez-vous à la pharmacie ? (Figure 46)

La question 9 portait sur le matériel de MAD qu'un usager peut se procurer dans la pharmacie des personnes interrogées.

Parmi les dispositifs les plus fréquemment présents sont retrouvés :

- Cadre de marche et déambulateurs témoignant d'un intérêt pour la rééducation
- Pied à sérum pour les perfusions
- Coussins anti-escarres pour la prévention
- Tables de lit
- Fauteuils roulants dans le cadre du handicap

De nombreux participants ont également souhaité mentionner les nébuliseurs ainsi que des tire-laits disponibles à la location bien qu'ils ne fassent pas parti de la LPPR ou du MAD.

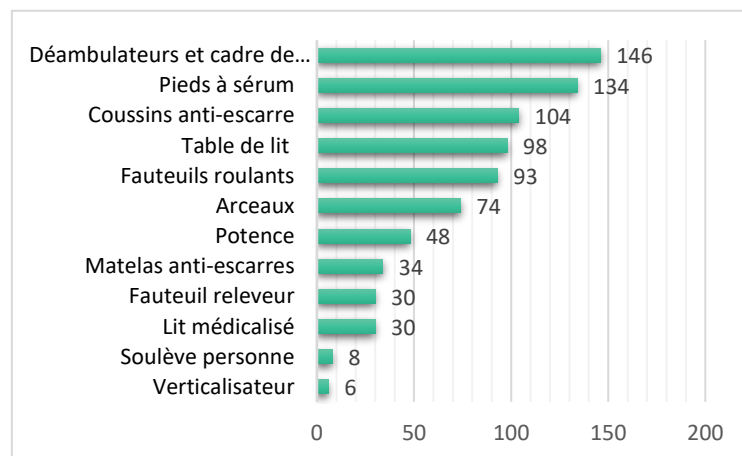


Figure 46 : Matériel appartenant aux pharmacies des participants

Section II : À propos de la loi accordant un droit de prescription aux ergothérapeutes.

Question 10 : Avez-vous connaissance de cette loi ?

La figure 47 permet de constater que seul **41%** des participants avaient connaissance de cette loi.

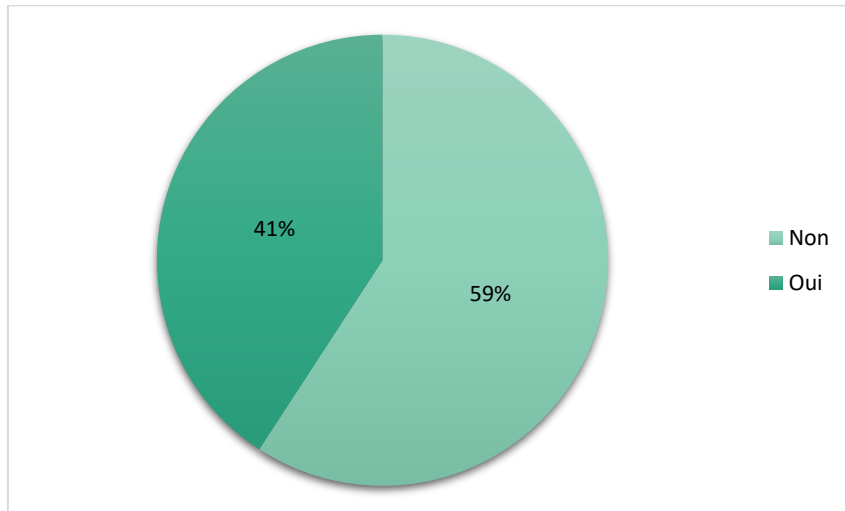


Figure 47 : Proportion de l'échantillon ayant connaissance du droit des ergothérapeutes à prescrire

La réponse « oui » conditionnait d'accès à la question numéro 11.

Question 11 : Connaissez-vous la liste dispositifs médicaux et aides techniques dont les ergothérapeutes ont le droit de prescription ?

71 personnes ont ainsi pu accéder à cette question illustrée par la figure 48.

Parmi elles, **49% disent ne pas vraiment connaître** la liste des DM et aides techniques pour lesquelles les ergothérapeutes ont un droit de prescription. **44% la connaissent en partie** et **7%** la connaissent tout à fait.

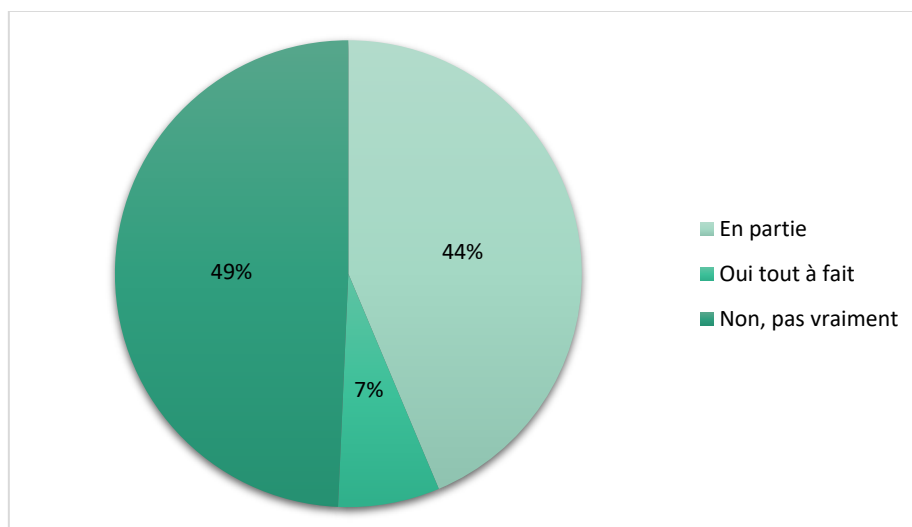


Figure 48 : Auto-évaluation des participants sur leur connaissance de la liste des DM et aides techniques prescriptibles

Question 12 : Depuis la parution de cette loi, avez-vous délivré des ordonnances établies par un ergothérapeute ?

Seules 25 personnes sur 174 ont eu l'occasion de délivrer des ordonnances établies par un ergothérapeute, soit **14%** des sondés, comme exposé en figure 49.

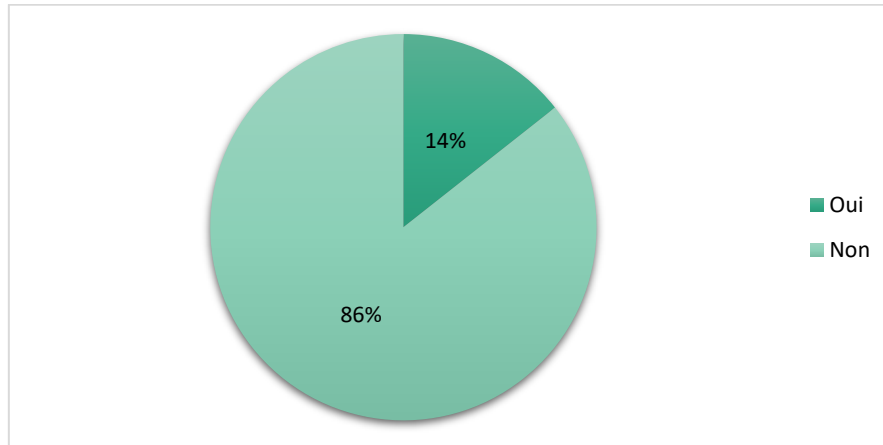


Figure 49 : Pourcentage de participant ayant délivré des ordonnances émanant d'ergothérapeutes

La réponse « oui » à la question 12 conditionnait l'accès aux questions 13 et 14.

Question 13 : Afin de quantifier l'impact potentiel de ce décret sur l'activité de votre officine : Combien d'ordonnances estimez-vous avoir délivré ?

L'histogramme de la figure 50 répartit les participants selon le nombre d'ordonnances émanant d'ergothérapeutes qu'ils pensent avoir délivré.

Sur 25 personnes et sur une période comprise de février à août 2024, 21 ont estimé ce chiffre **inférieur à 5** et 4 personnes **entre 5 et 10**. Aucun des sondés interrogé n'a évalué ce chiffre supérieur à 10.

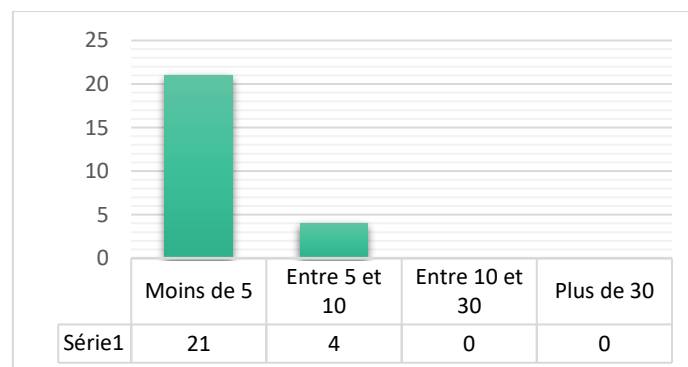


Figure 50 : Répartition des participants selon le nombre d'ordonnances délivrées

Question 14 : Avez-vous rencontré des difficultés pour la facturation ?

Toujours parmi les 25 personnes interrogées ayant déjà délivré des ordonnances d'ergothérapeutes, seules trois ont éprouvé des difficultés lors de la facturation, soit 12% (figure 51).

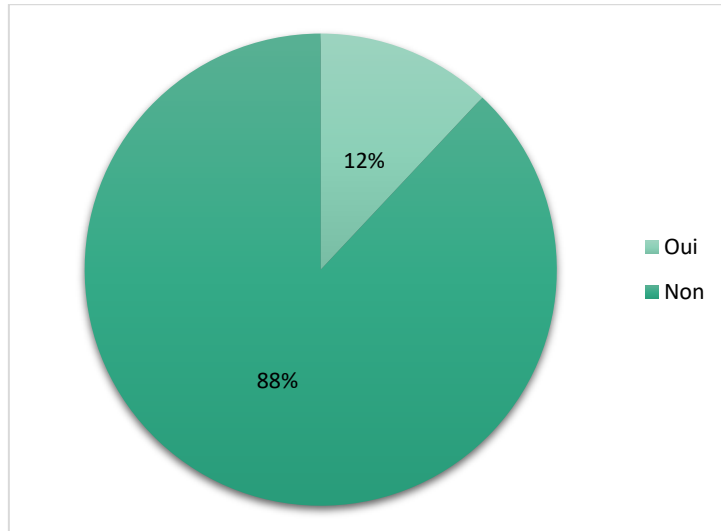


Figure 51 : Pourcentage de participant ayant rencontré des difficultés de facturation

Question 15 : Si vous le souhaitez, vous pouvez expliquer ici les difficultés de facturation auxquelles vous avez été confronté.

Dans cet espace, deux personnes ont mentionné un **rejet de facturation** avec le numéro FINESS du prescripteur. Les deux situations se sont résolues par la retransmission du dossier avec le numéro fictif donné par la CPAM.

La dernière a regretté le manque d'information du prescripteur concernant les tarifs et dispositifs disponibles en officine.

Section III : Relations entre pharmaciens et ergothérapeutes.

Question 16 : À propos du métier d'ergothérapeute : Connaissez-vous leurs principales missions ?

Comme exposé dans la figure 52 qui suit, **70% répondants la connaissent en partie**, 19% pas vraiment et 11% tout à fait.

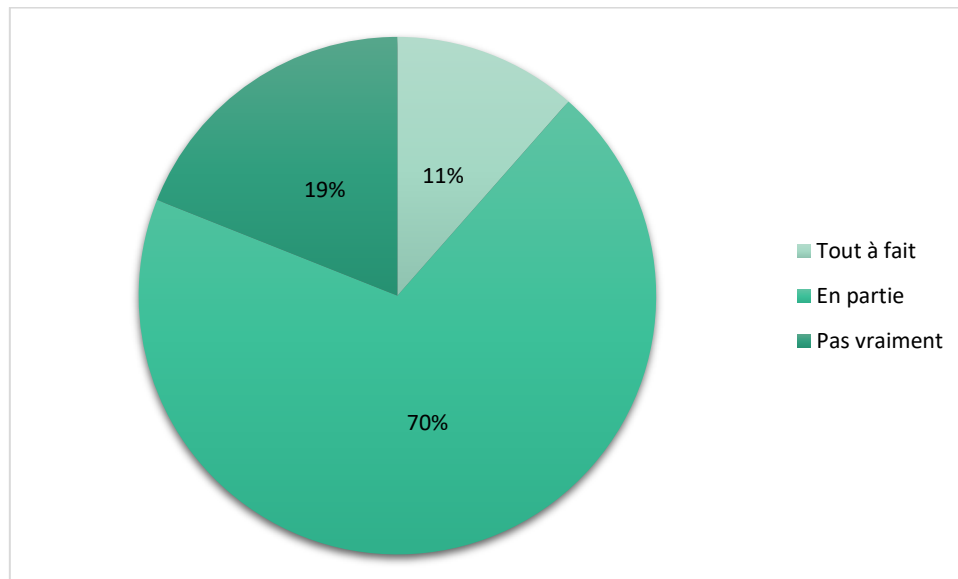


Figure 52 : Auto-évaluation des participants concernant les missions des ergothérapeutes

Question 17 : Savez-vous dans quelles structures ils peuvent exercer et si certaines se trouvent à proximité de votre pharmacie ?

Cette question, mise en avant par la figure 53, permet d'apprendre que 38% des sondés connaissent les structures dans lesquelles les ergothérapeutes peuvent exercer et si certains sont à proximité.

33% savent dans quelles structures ils exercent mais pas s'il y en a à proximité.

Enfin 29% ne connaissent ni les structures dans lesquelles ils peuvent exercer ni s'il y en a à proximité.

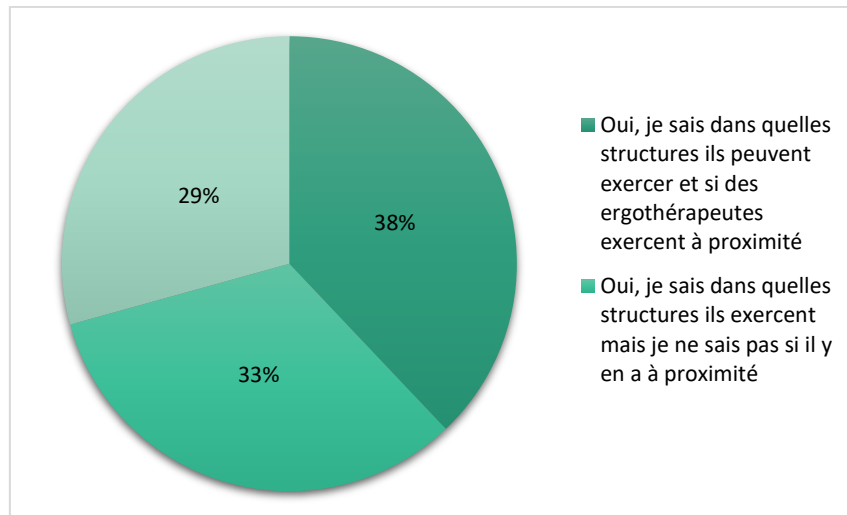


Figure 53 : Auto-évaluation des participants concernant le lieu d'exercice des ergothérapeutes

Question 18 : Avant la parution de la loi, étiez-vous en contact avec des ergothérapeutes situés dans votre secteur ?

La figure 54 permet de constater qu'avant la parution de la loi, 75% des sondés n'étaient pas en lien avec les ergothérapeutes de leur secteur.

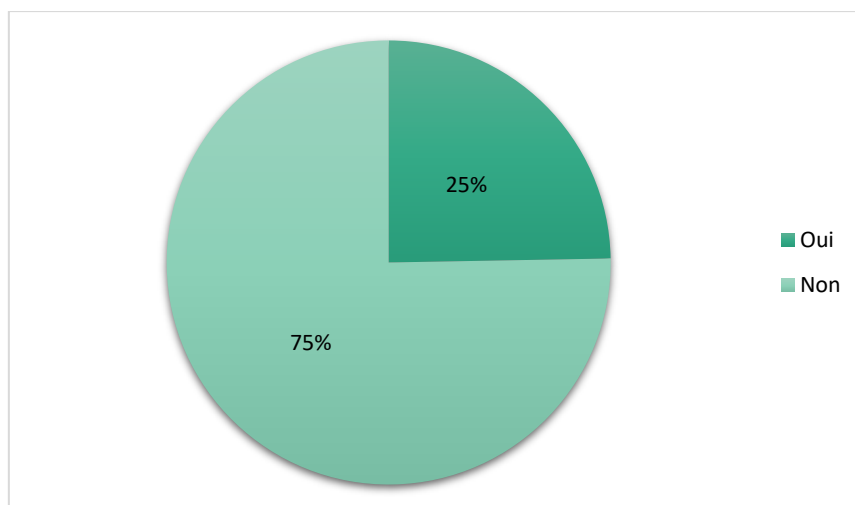


Figure 54 : Pourcentage de l'échantillon en lien avec des ergothérapeutes de leur secteur

Question 19 : La parution de la loi vous a-t-elle amené à prendre contact avec eux ?

La mise en application de la loi a entraîné 7 personnes à changer cela (figure 55).

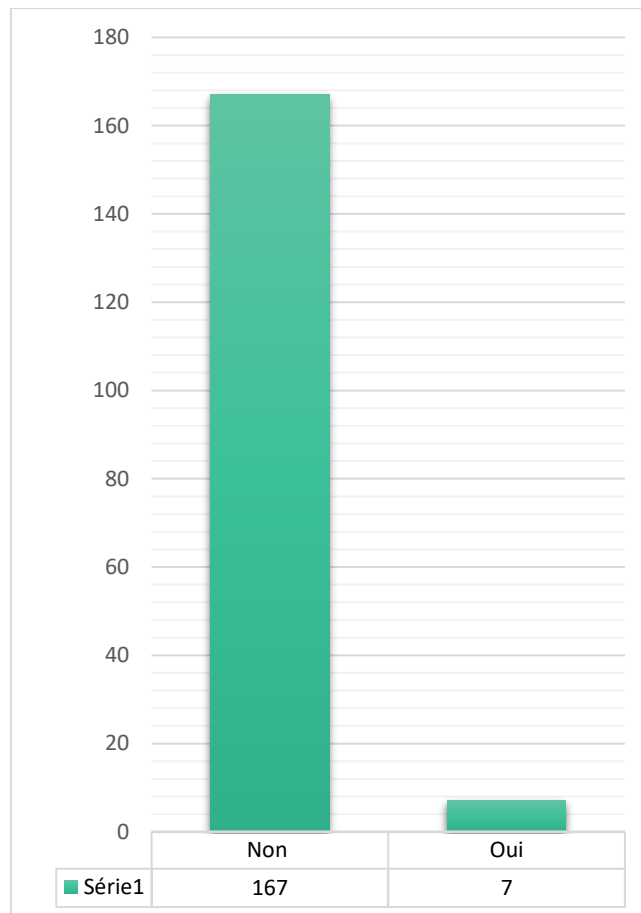


Figure 55 : Nombre de participants ayant pris contact avec un ergothérapeute après parution de la loi

Question 20 : La parution de cette loi vous a-t-elle conduit à vous former ?

La question étant à choix multiple, il n'est pas surprenant d'avoir un total supérieur à 174 en figure 56. L'histogramme qui y est présenté permet de constater que :

- Pour la majorité des participants, la parution de loi accordant un droit de prescription ne les a pas amenés à se former
- 26 personnes envisagent en revanche de le faire prochainement
- 5 personnes ont depuis réalisé une formation dans le MAD
- 3 en orthopédie
- 3 en véhicules pour personne en situation de handicap
- 18 ont ajouté une réponse « autre » parmi lesquelles sont retrouvées :
 - 15 personnes déjà formées avant la mise en place de la loi
 - Un(e) titulaire qui a permis à deux employés de réaliser une formation dans le MAD
 - Une personne diplômée après la parution de la loi et qui a pu bénéficier d'une formation accrue en MAD et orthopédie
 - Une dernière, dont le sujet de cette thèse a amené à se renseigner

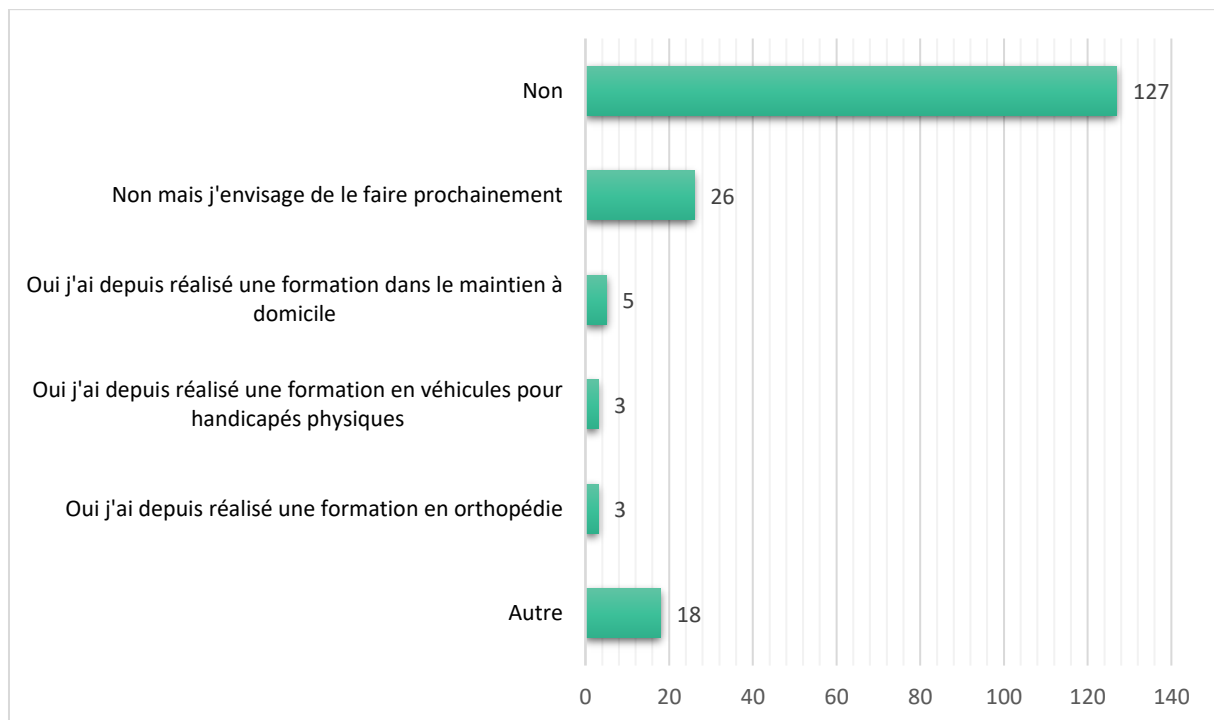


Figure 56 : Effectif s'étant formé à la suite de la parution de la loi

Question 21 : Seriez-vous disposé à rencontrer des ergothérapeutes afin d'échanger sur le maintien à domicile ?

D'après les résultats de l'enquête exposé en figure 57, 91% de l'échantillon serait prêt à rencontrer des ergothérapeutes afin d'échanger sur le maintien à domicile.

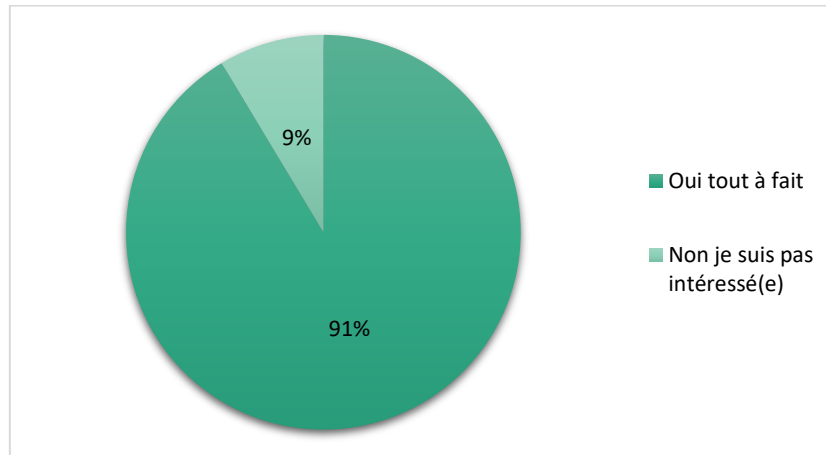


Figure 57 : Proportion de l'échantillon prête à échanger avec des ergothérapeutes à propos de maintien à domicile

Question 22 : Si vous avez des remarques, retours ou expériences à partager en lien avec les ergothérapeutes cet espace vous est dédié.

Non obligatoire, cette dernière question était présente pour laisser s'exprimer les participants qui le souhaitent. Elle est également retrouvée la fin de l'enquête destinée aux ergothérapeutes.

L'objectif était **d'identifier les problématiques** rencontrées par chacune des deux professions afin d'établir les **bases d'un travail constructif**.

Les témoignages présentés constituent des exemples clés illustrant l'esprit des propos recueillis.

Cette question a permis l'obtention de 29 réponses disponibles en annexe 3 dont voici 8 extraits.

Témoignage 1

« Je travaille régulièrement avec deux ergothérapeutes puisque que nous exerçons au sein du même bâtiment en pôle de santé. J'oriente mes patients vers un bilan ergo si besoin. »

Témoignage 2

« Pour avoir travaillé avec des ergothérapeutes, ces professionnels sont toujours très compétents et pointilleux. Pour travailler avec eux, il faut avoir beaucoup de temps et prévoir de faire de très nombreux essais. Ce qui est possible pour les grosses structures mais plus compliqué pour les petites. Ces personnes salariées de structure ont parfois du mal à intégrer que beaucoup de temps passé représente un coût pour l'officine que la marge dégagée par la vente du matériel ne couvre pas souvent. »

Témoignage 3

« Très bon échanges lors de la réalisation de la commande puis installation d'un fauteuil électrique pour une patiente sur demande de l'ergothérapeute. Elle semble satisfaite car nous recontacte souvent dès qu'elle a besoin car nous avons pas mal de matériel en stock. »

Témoignage 4

« Il serait appréciable que les ergothérapeutes aient des notions plus précises des couts et modalités de remboursement des matériels prescrits ou conseillés car j'avais eu plusieurs désagréments à ce sujet dans mon lieu d'exercice précédent. »

Témoignage 5

« En plus de ma pharmacie, j'avais un magasin de matériel médical. J'étais donc en contact avec les ergothérapeutes de centres de réadaptation ou de la MDPH, surtout pour la vente de fauteuils roulants électriques.

En ce qui concerne la vente et la location du "petit" matériel d'adaptation à la vie quotidienne, je pense sincèrement que, en plus du gros matériel comme les fauteuils roulants électriques, c'est devenu un vrai métier. Au sein d'une pharmacie, nous n'avons plus ces formations. La plupart se font en interne au sein des groupements ou par les fabricants eux-mêmes.

Or les ergothérapeutes aiment faire venir plusieurs produits pour les faire essayer à leurs patients, parfois même en demandant conseil aux prestataires de service. C'est la raison pour laquelle au sein d'une officine dite classique, il sera beaucoup plus difficile de trouver du personnel qualifié en ce sens. »

Témoignage 6

« Votre sujet me parle car ma sœur exerce en tant qu'ergothérapeute dans une autre région. Au quotidien, dans mon exercice officinal, nous échangeons avec des infirmières, quelques kinés et médecins mais nous n'avons pas eu l'occasion d'échanger avec des ergothérapeutes. Pas de prescription non plus. Nous sommes pourtant proches des centres hospitaliers. »

Témoignage 7

« Ils sont extrêmement compétents pour évaluer les besoins du patient. »

Témoignage 8

« Les ergothérapeutes se tournent très peu vers nous pour leur prescription, pourquoi ? »

Après avoir abordé les résultats de l'enquête réalisée auprès des pharmaciens, nous allons désormais examiner ceux issus du questionnaire adressé aux ergothérapeutes.

3.2 Résultats ergothérapeutes

L'enquête auprès des ergothérapeutes a permis la collecte de **108 réponses**.

Section 1 : Votre situation professionnelle.

Question 1 : Dans quelle région exercez-vous ?

La figure 58 présente les régions d'exercice des participants. Elles sont au nombre de 6 :

- **Grand Ouest** avec 40 réponses soit 37% de l'échantillon
- **Sud Est** avec 16 réponses soit 15%
- **Ile de France** avec 15 réponses soit 14%
- **Hauts de France** et **Grand Est** avec 14 réponses chacun soit 13%
- **Sud-Ouest** avec 9 réponses soit 8%

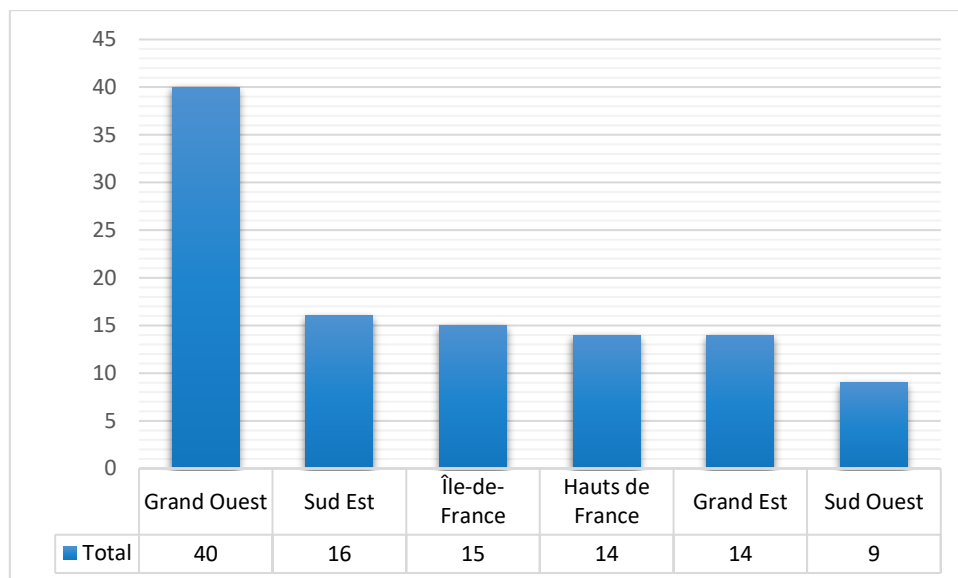


Figure 58 : Répartition géographique des participants de l'enquête ergothérapeute

Question 2 : Dans quel type de structure exercez-vous ?

Comme illustré par l'histogramme présenté en figure 59, la majorité des personnes interrogées travaillent dans un **établissement de santé publique ou privé**. Viennent en second, les **établissements médico-sociaux** puis une activité libérale.

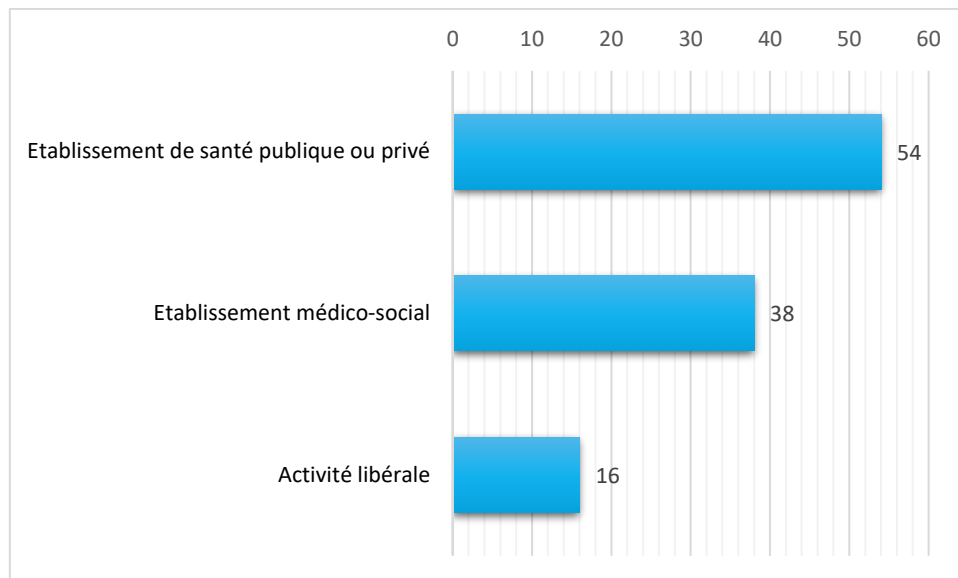


Figure 59 : Répartition par structure et mode d'exercice

Question 3 : Dans quel service exercez-vous ?

La question trois était à caractère non obligatoire et à réponse libre.

92 personnes sur 108 ont choisi d'y répondre.

De nombreux participants ont indiqué intervenir dans différentes structures et services. Afin de faciliter la compréhension, chaque service est traité de façon individuelle expliquant un effectif total de 138.

Ces données sont présentées dans l'histogramme exposé en figure 60.

Elles témoignent d'une grande diversité de lieux et de mode d'exercice avec une prédominance en soins médicaux et de réadaptation.

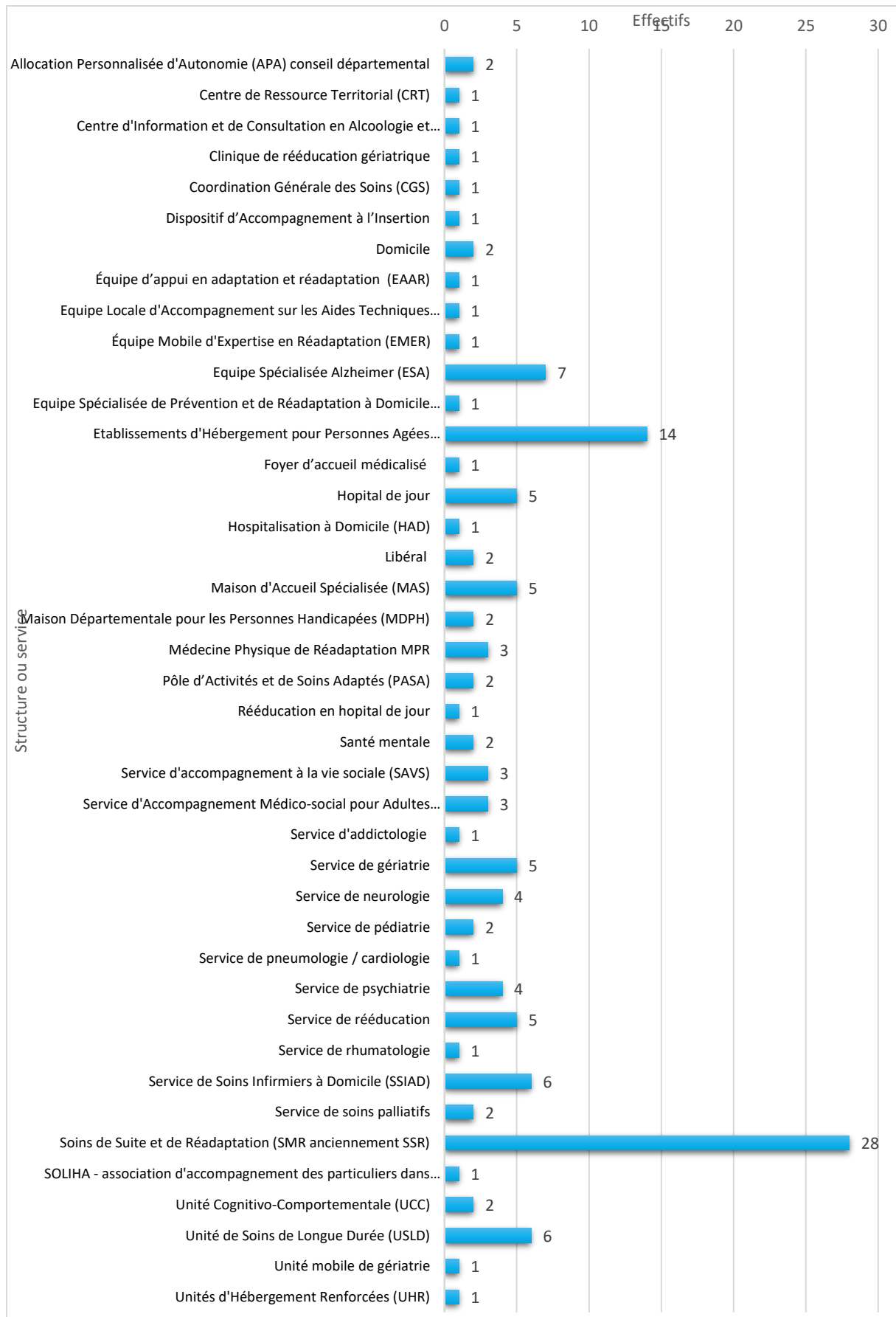


Figure 60 : Répartition de participants par service

Section II : A propos de votre droit de prescription

Question 4 : Avez-vous reçu une formation pour vous accompagner dans l'établissement d'une prescription ?

La figure 61 nous apprend que seul **15% des répondants ont reçu une formation** sur l'élaboration d'une prescription.

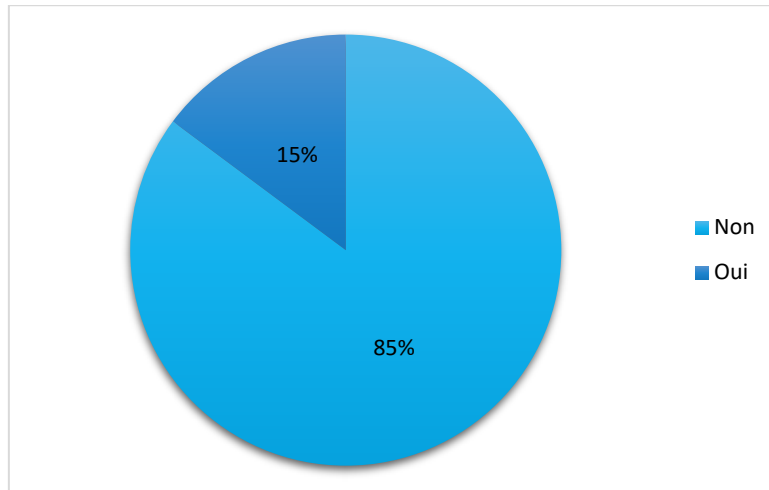


Figure 61 : Proportion de l'échantillon ayant reçu une formation à la prescription

La réponse « non » à la question 4 conditionnait l'accès à la question 5.

Question 5 : Si non, regrettez-vous l'absence de formation reçue ?

92 personnes ont eu accès à cet item. **79 d'entre elles auraient souhaité être mieux accompagnées** dans l'exercice de ce nouveau droit.

Ces résultats sont exprimés en pourcentages dans la figure 62.

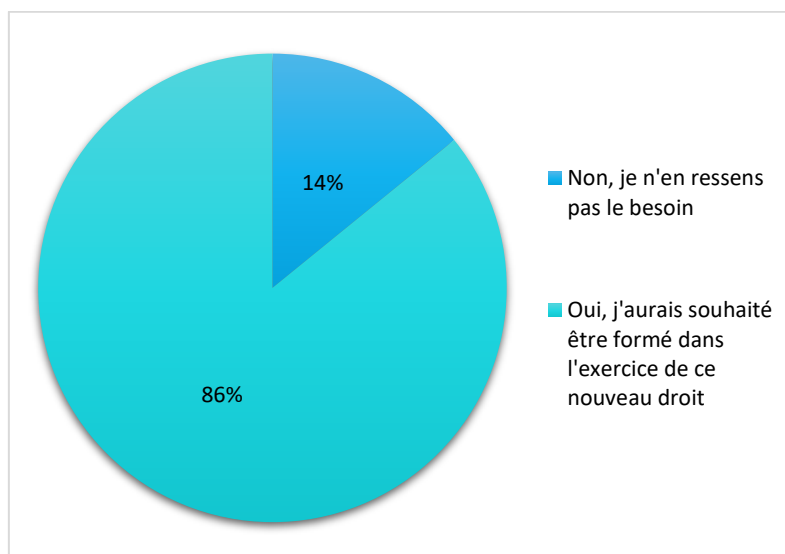


Figure 62 : Proportion de l'échantillon regrettant l'absence de formation reçue

Question 6 : Vous diriez de la liste des dispositifs médicaux et aides techniques que vous la connaissez :

La figure 63 met en évidence que la majorité des sondés n'estime connaître que partiellement la liste des dispositifs médicaux et aides techniques dont ils ont le droit de prescription.

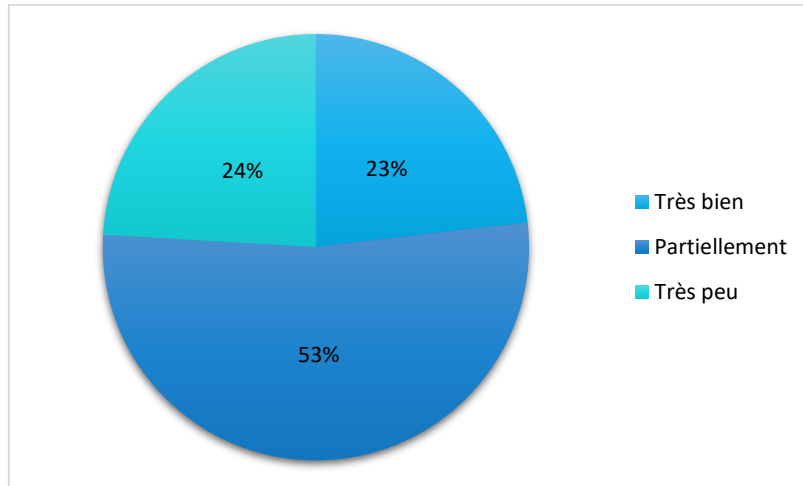


Figure 63 : Auto-évaluation des participants sur leur connaissance de la LPPR

Question 7 : Avez-vous déjà eu recours à cette loi afin de prescrire du matériel à vos patients ?

Fin août 2024, **84%** de l'échantillon **n'avait pas encore eu recours** à cette loi afin de prescrire du matériel à des patients (figure 64).

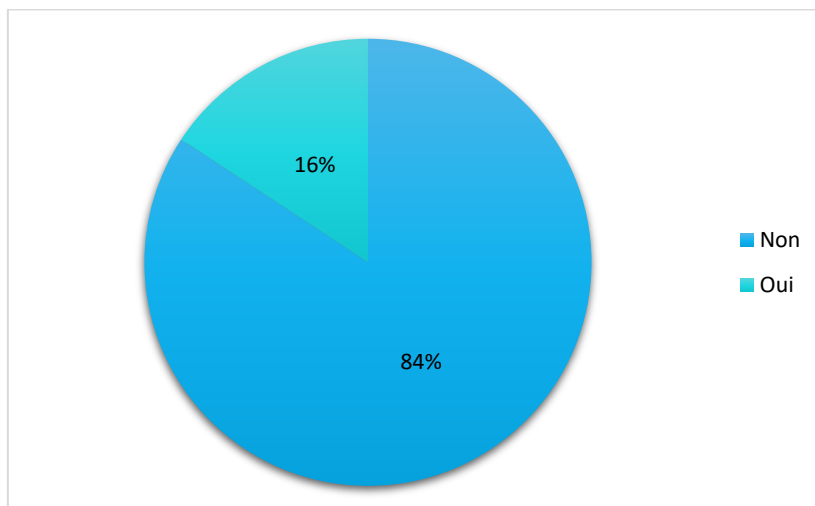


Figure 64 : Proportion de l'échantillon ayant eu recours à la prescription

La question 7 conditionnait l'accès aux questions 8 qui suivent.

Questions 8 A et B

Si la personne avait répondu « non », elle se voyait proposer la question 8A suivante :
Envisagez-vous d'y avoir recours à l'avenir ?

Cet item permet d'apprendre que, **93% des sondés** qui n'avaient pas eu l'occasion de prescrire envisageaient de le faire à l'avenir. Ces chiffres sont illustrés en figure 65.

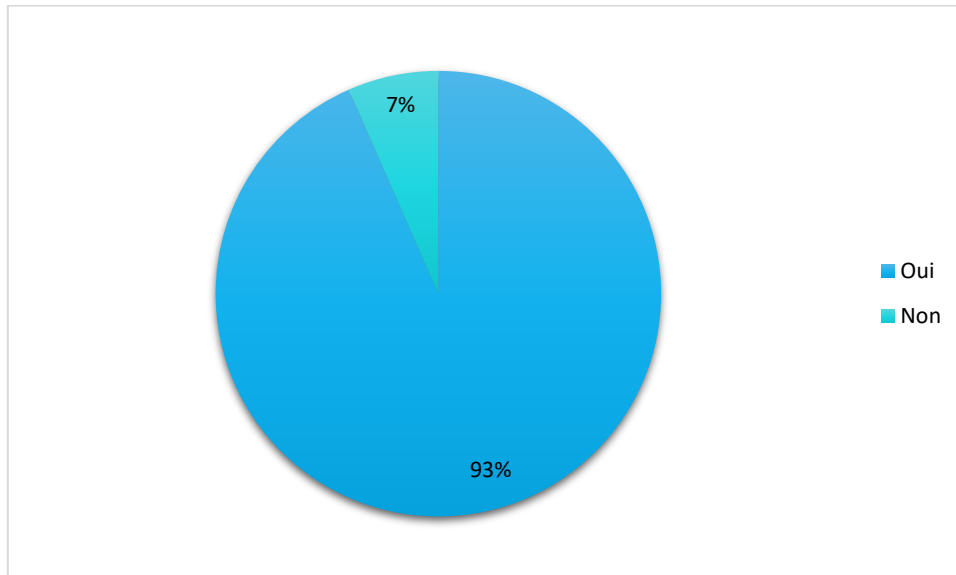


Figure 65 : Proportion de l'échantillon envisageant d'avoir recours à la prescription à l'avenir

En cas de réponse « oui » à la question 7, les participants avaient accès à la question 8B :

Avez-vous éprouvé des difficultés pour établir une ordonnance ?

17 personnes ont eu accès à cet item. Parmi elles, 10 n'ont éprouvé aucune difficulté à établir une ordonnance contre 7 pour qui cela a été plus compliqué.

Ces chiffres sont exprimés en pourcentage dans la figure 66 qui suit.

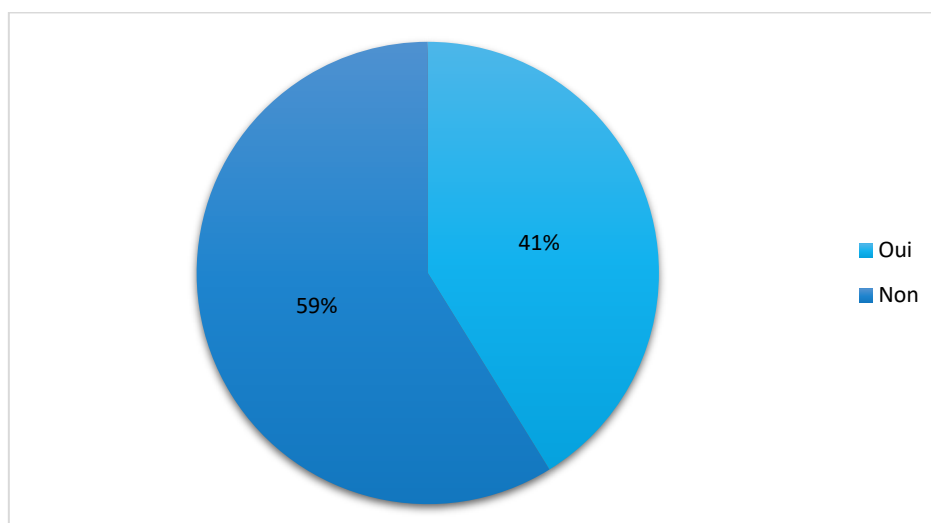


Figure 66 : Proportion de l'échantillon ayant déjà prescrit et éprouvé des difficultés

La réponse « oui » à la question 8B permettait d'accéder à la question 9.

Question 9 : Si vous le souhaitez, vous pouvez expliquer ici les difficultés que vous avez rencontré.

Cette question n'était pas obligatoire. Sur les sept personnes invitées à répondre, six ont pourtant prit le temps d'apporter des éléments de réponse. On y trouve notamment :

- Une méconnaissance de la forme : Type d'ordonnance à utiliser, informations et intitulé des produits à annoter
- Une Liste des Produits et Prestations Remboursables jugée « peu claire » et non exhaustive.
- Un problème de logiciel de prescription obligeant l'ergothérapeute concerné à faire signer ses ordonnances par un médecin.

Question 10 : Quels sont les principaux freins qui limitent aujourd'hui votre recours à la prescription ?

Tous les participants étaient invités à répondre, même ceux ayant déjà prescrit.

Les réponses à cette question étant à choix multiple, il n'est pas surprenant d'avoir une somme supérieure au nombre de participants en figure 67.

La raison la plus fréquemment retrouvée est le **manque d'information sur le sujet**. Elle est évoquée par 66 des 108 interrogés. Vient ensuite la présence d'une **organisation déjà établie** avec des prescripteurs sur le lieu d'exercice (44 sur 108). Puis un surcroît de travail pour 8 répondants.

Seuls **12 ergothérapeutes sur 108** ne ressentent **aucun frein** pour recourir à la prescription soit **11%** de l'échantillon.

Une ligne « autre » était une nouvelle fois à disposition des participants qui le souhaitent.

Cette dernière a permis l'obtention de 30 réponses différentes de celles proposées avec plusieurs pistes de réflexion :

- En frein principal, **14 personnes** soulignent **l'obligation d'une prescription initiale de l'ergothérapeute par un médecin**.
- 6 évoquent **l'absence d'opportunité**.
- 4 le **caractère récent** de la mesure expliquant la « non mise en place ».
- 4 un **défaut de lisibilité de la LPPR** avec la **peur de mettre en danger financièrement** le patient.
- 3 un **logiciel** ne permettant pas aux ergothérapeutes de prescrire.
- Une personne a indiqué travailler dans un établissement comprenant déjà le matériel nécessaire à la prise en charge de ses patients.

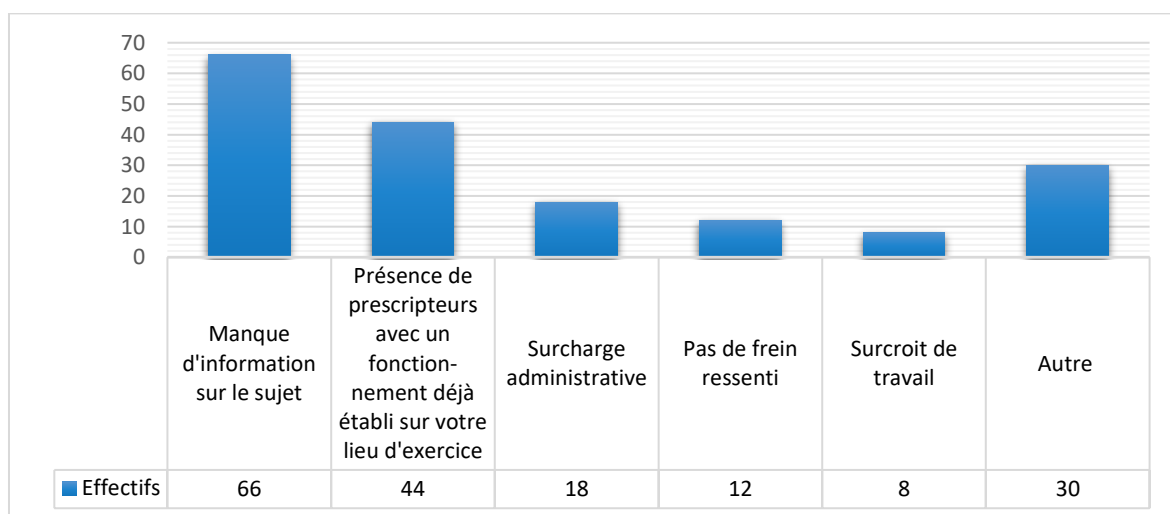


Figure 67 : Principaux freins limitant le recours à la prescription

Question 11 : Afin de quantifier l'importance de ce décret dans le cadre de votre activité, le point suivant va porter sur la fréquence à laquelle il vous arrive d'accompagner un patient dans le processus de décision d'achat ou de location d'une aide technique.

Vous diriez que cela se produit :

Cinq propositions étaient disponibles : Quotidiennement, de façon hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle ou « autre ».

Cette question était présente afin d'évaluer l'impact de cette mesure si chaque ergothérapeute avait recouru à son droit de prescription dans l'exercice de ses fonctions.

La figure 68 permet de constater qu'une majorité de répondant accompagne fréquemment patient dans le processus de décision d'achat ou de location d'une aide technique.

45 personnes estiment ainsi le faire **de façon hebdomadaire** et **33 quotidiennement**.

17 évaluent cette fréquence à mensuelle et 8 à trimestrielle.

5 participants ont également indiqué une réponse « autre » avec une périodicité plus faible.

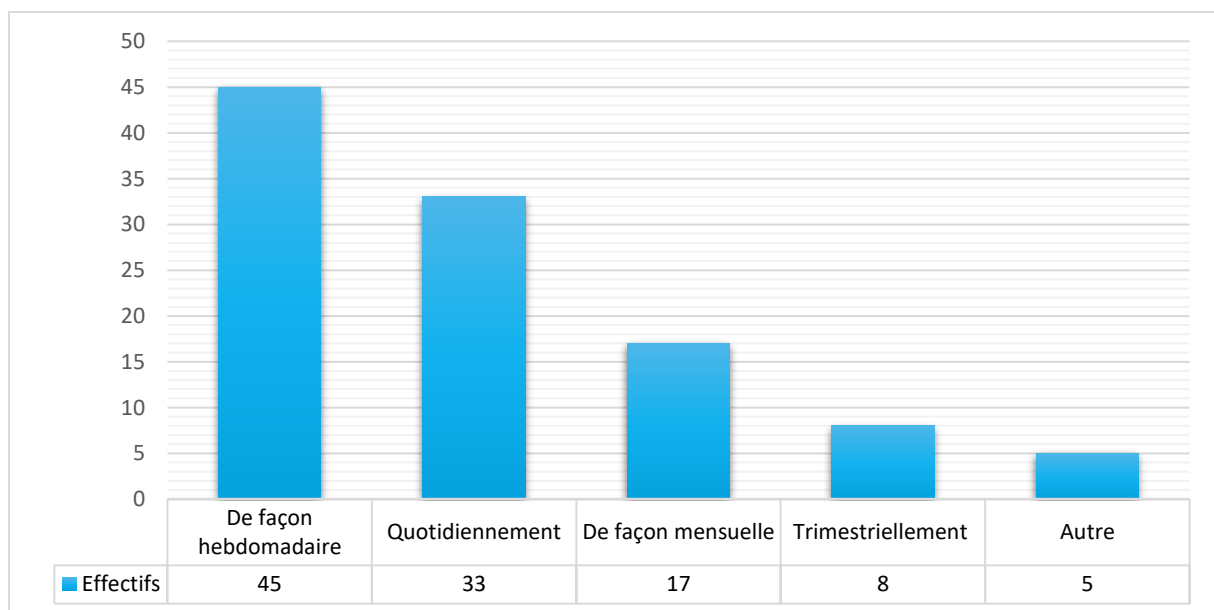


Figure 68 : Fréquence d'accompagnement d'un patient dans l'achat ou la location d'une AT

Question 12 : Nous arrivons à la fin de cette deuxième partie.

Avant d'aborder vos relations avec les pharmaciens, si vous avez des remarques ou expériences à partager en matière de prescription, vous pouvez le faire dans cet espace.

Cinq personnes ont apporté un témoignage en lien avec les prescriptions, desquelles sont retrouvées des problématiques communes.

Tout d'abord, le **manque d'information et d'accompagnement** dans ce nouveau droit rendant difficile sa mise en place évoqué par trois d'entre eux.

Vient ensuite la **problématique d'intervenir par ordonnance d'un médecin** qui limite le recours à la prescription pour deux d'entre eux. Ils rappellent pourtant que la préconisation d'aides techniques fait partie intégrante de leur métier et que les médecins s'appuient sur eux pour rédiger leurs ordonnances.

Pour terminer, malgré les points précédents abordés, ils témoignent d'une volonté commune d'approfondir le sujet.

Section III : Relations entre ergothérapeutes et pharmaciens.

Question 13 : Savez-vous quels dispositifs et aides techniques sont disponibles en pharmacie ?

La figure 69 met en évidence que 65% de l'échantillon estime ne connaître qu'en partie les DM et AT disponibles en pharmacie. 33% les connaissent tout à fait et 2% pas vraiment.

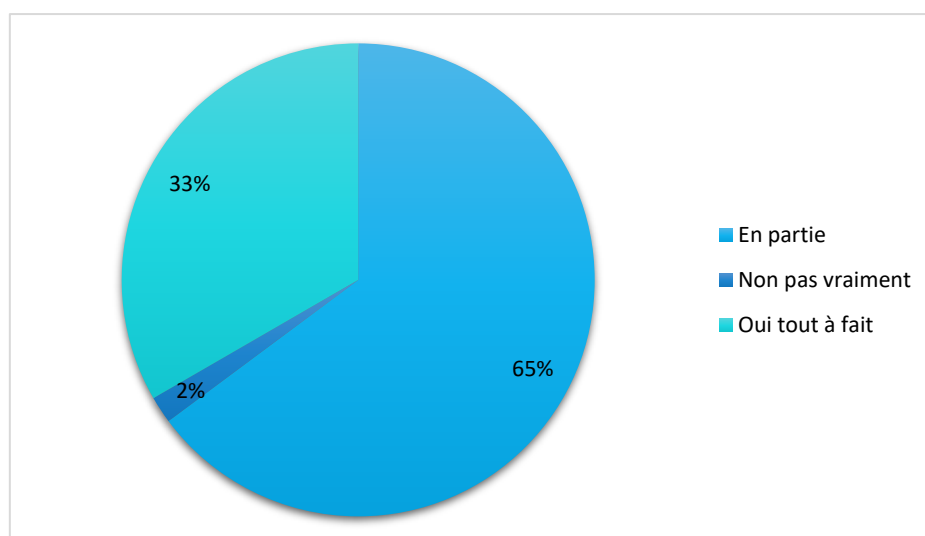


Figure 69 : Auto-évaluation des participants sur leur connaissance des DM et AT disponibles en officine

Question 14 : Classez de 1 à 4 les structures avec lesquelles vous travaillez le plus fréquemment pour fournir du matériel à vos patients.

1 étant le prestataire avec qui vous collaborez le plus et 4 celui avec qui vous travaillez le moins.

Le tableau suivant résume les résultats obtenus à cette question.

Il permet de constater qu'une majorité de participants (71 sur 108) **travaillent en premier lieu avec les magasins de matériel médical**. En comparaison les pharmacies ne sont citées que 10 fois en 1^{er} prestataire.

Les **officines sont souvent citées en 2eme et 3eme position** avec une quarantaine de réponses à chaque fois. Ces résultats sont très similaires à ceux retrouvés pour **internet**.

Parmi les prestataires « autre » on retrouve les revendeurs médicaux non associés à un magasin, les entreprises d'économie circulaire, les orthoprothésistes, la Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH) et les fabricants eux mêmes.

Tableau 4 : Classement des structures par fréquence de collaboration

<i>Fréquence de collaboration \ Prestataire</i>	<i>Magasin de matériel médical</i>	<i>Pharmacie</i>	<i>Internet</i>	<i>Autre</i>
1er	71	10	12	10
2eme	12	43	41	2
3eme	10	40	41	3
4eme	15	14	10	33

Question 15 : Selon vous, quels facteurs influencent le plus ce choix ?

Les facteurs les plus fréquemment évoqués sont illustrés par leurs effectifs en figure 70.

Y sont retrouvés par ordre de fréquence :

- Possibilité d'essai du matériel (87)
- Les connaissances du prestataire sur le matériel à fournir (81)
- Disponibilité du prestataire (67)
- Le libre choix du patient envers son fournisseur (66)
- Variété de choix parmi les modèles (59)
- Affinité du patient pour une structure en particulier (55)
- Localisation de la structure par rapport au domicile du patient (44)
- Ses aptitudes au choix approprié à la demande (35)
- Une réponse autre était également disponible avec des facteurs communs
 - La qualité du service après-vente (3)
 - La présence d'un contrat établi avec un revendeur (2)
 - La qualité des professionnels présents dans la structure (1)
 - Les prix pratiqués (1)
 - L'absence de diversité d'offre concernant l'achat d'un matériel spécifique (1)

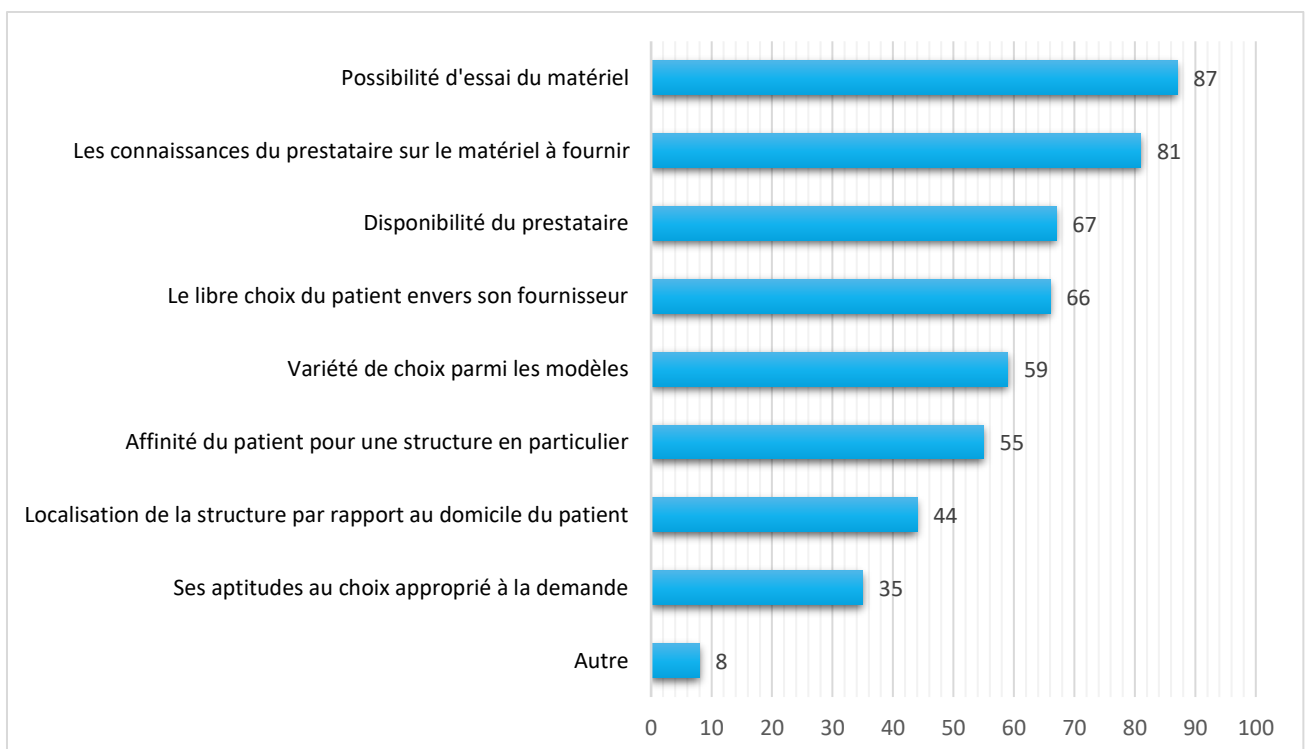


Figure 70 : Facteurs influençant le choix du prestataire

Question 16 : Avant la parution de la loi, étiez-vous en contact avec des pharmaciens exerçants à proximité de votre structure ?

La figure 71 permet de constater que 56% des interrogés étaient en contact avec des pharmaciens avant la mise en place de la loi.

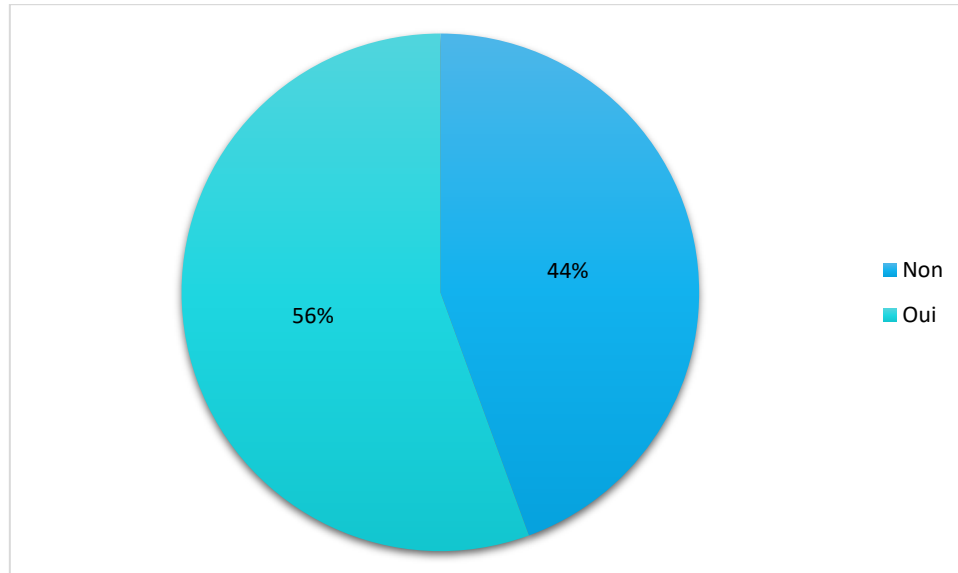


Figure 71 : Pourcentage de l'échantillon en lien avec des pharmaciens d'officine avant mise en place de la loi

Question 17 : Depuis sa parution des pharmaciens vous ont-ils contacté ?

Seules deux personnes ont été contactées par des pharmaciens après parution de la loi (Figure 72).

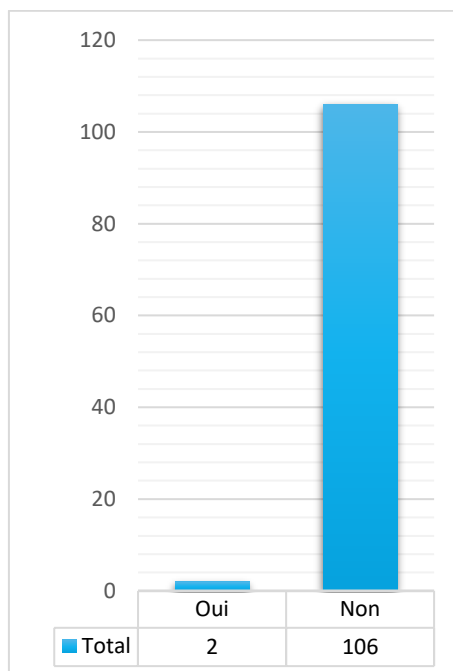


Figure 72 : Nombre d'ergothérapeutes contactés par des pharmaciens depuis parution de la loi

Question 18 : Quelles attentes avez-vous envers les pharmaciens pour l'avenir ?

Dans les attentes les plus fréquemment citées sont retrouvées :

- La nécessité de connaissances plus poussées en MAD et orthopédie (72)
- Une communication interprofessionnelle renforcée (58)
- Plus de matériel disponible en pharmacie (45)
- Une présence accrue au domicile des patients (24)
- Une réponse « autre » était également disponible. Cette dernière est particulièrement instructive, car elle met en évidence un agacement partagé dans les témoignages qui seront présentés en question 20. Y sont ainsi mentionnés :
 - **L'absence d'attente** envers les pharmaciens du fait **d'accumulation de déceptions** (5)
 - La demande du **respect de la préconisation** établie par l'ergothérapeute avec moins de dérive commerciale (4)
 - Un pharmacien dans une dynamique de conseil avec une montée en compétences (3)
 - Un travail plus collaboratif avec venue de l'ergothérapeute à l'officine (2)

L'ensemble de ces attentes sont illustrées par l'histogramme de la figure 73.

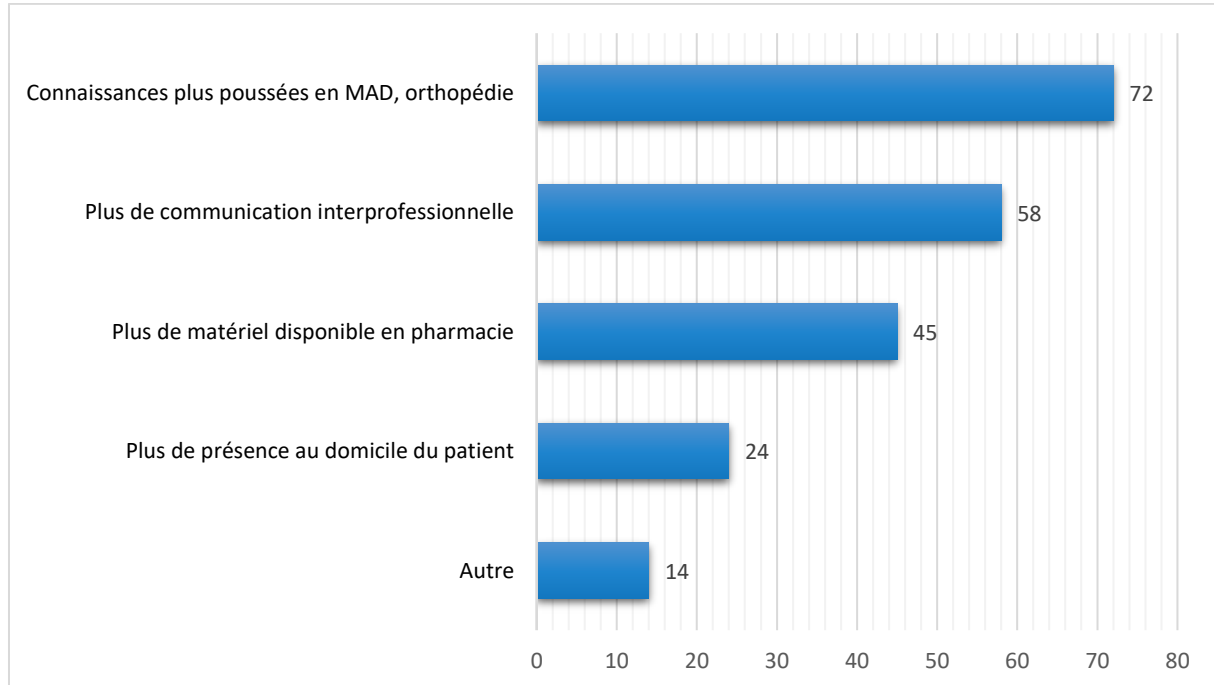


Figure 73 : Attentes de l'échantillon envers les pharmaciens

Question 19 : Seriez-vous disposé à rencontrer des pharmaciens investis dans le maintien à domicile afin d'échanger ?

92% de l'échantillon serait prêt à échanger avec des pharmaciens investis en maintien à domicile (figure 74).

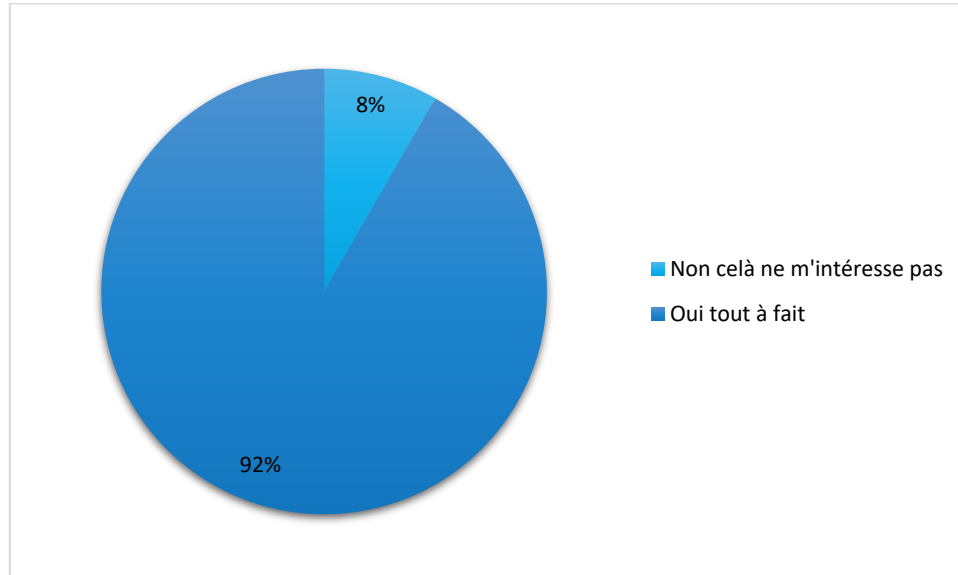


Figure 74 : Proportion de l'échantillon prête à échanger avec des pharmaciens investis en MAD

Question 20 : Si vous avez des remarques, retours ou expériences à partager en lien avec les pharmaciens d'officine cet espace vous est dédié.

Comme pour les pharmaciens, cette dernière question, non obligatoire, était présente pour laisser s'exprimer les participants qui le souhaitent.

L'objectif étant encore une fois **d'identifier les problématiques** rencontrées par chacune des deux professions afin d'établir les bases d'un **travail constructif**.

Les témoignages présentés ici constituent des exemples clés illustrant l'esprit des propos recueillis.

Cette question a recueilli 20 réponses consultables en annexe 4 dont voici 8 extraits.

Témoignage 1

« Ne pas hésiter à faire appel à des ergothérapeutes pour les essais à domicile. Un essai en officine n'aura jamais le même impact qu'à la maison. L'évaluation de l'ergothérapeute sera plus globale et permettra un meilleur choix. Le modèle LPPR avec prise en charge intégrale n'est pas toujours le plus adapté et pourra bloquer parfois la suite des remboursements. »

Témoignage 2

« Pour avoir déjà eu des patients qui souhaitent se fournir du matériel auprès de pharmacies, j'ai rencontré de nombreux problèmes avec des pharmaciens qui n'étaient pas du tout habitué à ce que des ergothérapeutes fassent l'intermédiaire entre eux et le patient. »

De plus la connaissance du matériel entre pharmaciens et revendeurs de matériels médicaux est actuellement beaucoup trop disparate pour privilégier et orienter aisément mes patients vers des pharmaciens. Néanmoins je pense surtout qu'il est nécessaire d'établir un réseau et une communication claire pour favoriser cette nouvelle relation interprofessionnelle. »

Témoignage 3

« Sur huit années d'expérience, uniquement une expérience franchement positive avec un pharmacien. Pour les autres, souvent, on a l'impression qu'ils souhaitent mettre ce qu'ils ont en stock ou tout simplement faire l'intermédiaire avec leur grossiste. »

Témoignage 4

« Malheureusement, je n'ai connu que trop peu de pharmaciens qui s'intéressaient vraiment à la problématique du patient et qui cherchaient le matériel qui lui convenait le mieux et non celui qu'ils avaient en stock... C'est dommage car la proximité des pharmacies peut les rendre intéressantes dans le maintien à domicile »

Témoignage 5

« Je rencontre au quotidien des patients qui sont allés en pharmacie acheter fauteuil, attelle, déambulateur ect et dont le matériel n'est absolument pas adapté !! Les patients en pâtissent (particulièrement pour les attelles ou les fauteuils). A mon sens, pour avoir le droit de délivrer du matériel médical, un pharmacien devrait avoir une formation spécifique ! »

Témoignage 6

« Les pharmaciens ne connaissent pas les aides techniques et ne savent pas conseiller les patients. Ils sont aussi beaucoup trop chers par rapport aux revendeurs de matériel médicaux. À chacun son métier ! »

Témoignage 7

« La relation est complexe, je dois les reprendre régulièrement sur ce que je prescris (ex : tendance à mettre un coquille à la place d'une fauteuil confort), sur le taux de LPP (ils font souvent des dépassements qui n'ont pas lieu d'être), sur des "surventes" à certains de mes patients... Maintenant ils me connaissent et ils savent qu'il ne faut pas trop me gratter et bien suivre mes prescriptions. »

Témoignage 8

« Problématiques liées à la méconnaissance des pharmaciens sur les possibilités des ergothérapeutes à la prescription de matériel. Certaines pharmacies refusent les prescriptions qui ne sont pas faites par des médecins obligeant les patients à changer de revendeur ou au médecin de service de refaire les prescriptions. »

4. Analyse et interprétation

L'objectif de cette enquête était d'explorer les relations entre les ergothérapeutes et les pharmaciens dans le contexte de la nouvelle loi élargissant les droits de prescription.

Le nombre de réponses et de témoignages illustre un **fort engagement** de la part des deux professions avec une volonté commune d'améliorer la prise en charge des patients. Les résultats mettent cependant en évidence un recours limité à l'usage de la prescription et des freins à la coopération.

La mise en œuvre de la nouvelle loi a été entravée par un **déficit d'information et d'accompagnement**. En août 2024, un an après la parution de la loi 59% des officines de l'étude n'avaient pas connaissance de cette mesure.

À cette même date, seuls 15 % des ergothérapeutes interrogés avaient bénéficié d'une formation spécifique pour les accompagner dans cette nouvelle mission. Cette absence d'accompagnement était d'ailleurs déplorée par 86% d'entre eux, identifiant le « manque d'information sur le sujet » comme frein principal limitant leur recours à la prescription.

L'obligation d'une prescription initiale de l'ergothérapeute par un médecin était également une problématique soulevée par nombre d'entre eux.

En pratique, ces facteurs ont entraîné un faible recourt à la prescription, avec pour conséquence **peu d'ordonnances en officine**.

Ces résultats mettent également en lumière une **méconnaissance respective** des rôles de chacun.

Seulement 11% des pharmaciens interrogés connaissent les missions des ergothérapeutes. Un tiers leurs lieux d'exercice et leur proximité géographique par rapport à l'officine.

Concernant les ergothérapeutes, 33% étaient informés des dispositifs et aides techniques disponibles en pharmacie.

Ces incompréhensions limitent la coopération et **renforcent une défiance mutuelle**, chacune des professions n'étant pas informée des compétences et contraintes de l'autre.

Les réponses permettent ainsi d'identifier plusieurs sources de tension :

Coté pharmaciens, un manque de considération pour les **contraintes pratiques** est régulièrement abordé. Tout en reconnaissant les compétences des ergothérapeutes, ils estiment qu'ils ne tiennent pas compte des réalités logistiques et économiques du terrain.

De ce fait, certaines recommandations sont **jugées idéalistes** et **déconnectées des problématiques** auxquels ils sont confrontés, tels que le manque d'espace, de temps, de personnel ou la réalité économique des patients.

Les ergothérapeutes quant à eux, estiment que les pharmaciens **manquent de connaissances sur le matériel**, compromettant ainsi l'adaptation des équipements.

Ils évoquent en outre, une tendance des pharmaciens à **remplacer sans consultation préalable** le produit prescrit par un autre qu'ils jugent similaire mais qui ne l'est pas en réalité.

Cette pratique s'explique par différents facteurs. Des habitudes acquises dans la substitution de médicaments avec des quotas fixés depuis 2006, des contraintes liées aux ruptures de stock qui imposent une adaptation rapide, ainsi qu'une collaboration plus fréquente avec des praticiens non spécialisés laissant le pharmacien juger du matériel le plus adapté.

Or les ergothérapeutes ne travaillent pas de cette façon. Il est donc essentiel pour les pharmaciens souhaitant continuer cette activité, de **rester à l'écoute** et de **s'adapter** pour le bien-être du patient. Cela doit notamment passer par la réalisation de **formations** et **d'essais**, en sollicitant si nécessaire, le passage de l'ergothérapeute.

La concurrence des revendeurs médicaux était déjà bien connue, en raison de leur attention centrée exclusivement sur le matériel médical, leur disponibilité et leur variété de modèles. Mais ces enquêtes mettent également en avant, comme dans bien d'autres domaines, une montée de la **vente en ligne**.

Cette dernière est d'autant plus **difficile à concurrencer**, qu'elle n'est **pas soumise aux mêmes contraintes** que les entreprises disposant d'un local ouvert au public.

Ces entreprises nécessitent moins de personnel, disposent de locaux plus grands permettant l'achat et le stockage en gros, avec des remises plus intéressantes, moins d'intermédiaires et donc des prix plus attractifs.

Dans ce contexte, il devient d'autant plus crucial pour les pharmaciens investis dans ce domaine de **valoriser leur activité et leur expertise**.

Ils doivent mettre en avant les atouts qu'internet ne peut offrir, tels qu'un accompagnement personnalisé, une relation de proximité avec le patient, des liens interdisciplinaires solides et une implantation géographique facilitant un service adapté.

5. Limites de l'enquête

Comme toute étude, cette enquête présente des limites qui doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats.

Deux éléments sont à même de générer un **bias dans la représentativité** des réponses.

En effet, en raison du **caractère volontaire** de la participation, les répondants de cette enquête peuvent être **davantage investis** dans le maintien à domicile que la majorité de leurs confrères. Cette sur-représentation pourrait entraîner une surestimation de certains aspects, tels que leur niveau de formation ou leurs connaissances concernant la nouvelle mesure.

De plus, les personnes exprimant de fortes revendications sont souvent **plus enclines à répondre** ou à partager leur point de vue. De ce fait, les opinions plus mesurées pourraient être sous-représentées, au profit de positions marquées.

Ce biais potentiel présente néanmoins l'avantage de mettre en avant les problèmes n ecessitant une attention particulière.

Un autre biais est lié à la **temporalité de l'enquête**.  tendue sur une période de **sept mois** et réalisée dans un contexte où **la loi venait d'être promulguée**, des disparités ont pu apparaître entre le recueil des premières et des dernières réponses.

Par exemple, les pharmaciens ayant répondu tardivement étaient plus susceptibles d'avoir pris connaissance de cette mesure ou d'avoir délivré des prescriptions émanant d'ergothérapeutes. De façon similaire, les ergothérapeutes ayant participé tardivement étaient plus à même de connaître la loi, d'avoir suivi une formation ou réalisé des ordonnances.

Enfin, malgré une taille d'échantillon importante, un **nombre de réponses** encore plus grand et une **répartition territoriale plus homogène** auraient permis de mieux refléter la réalité des pratiques professionnelles.

Malgré ces limites, cette enquête permet d'analyser la mise en œuvre du droit de prescription des ergothérapeutes et leurs interactions avec les pharmaciens d'officine. Elle constitue une **base utile** afin d'identifier les problématiques actuelles et **proposer des points d'amélioration**.

IV) Discussion : Renforcer les liens interprofessionnels, rendre la loi plus effective, quelques pistes de réflexion

Les réponses obtenues lors des enquêtes mettent en évidence des tensions persistantes et un recours limité à la prescription. Pourtant, cette mesure représente une avancée significative pour les ergothérapeutes, les patients, ainsi que les pharmaciens.

Cette partie propose donc d'explorer des pistes visant à renforcer la coopération interdisciplinaire et à promouvoir une mise en œuvre plus effective de cette loi.

1. Comment renforcer les liens interprofessionnels ?

Comme révélés par cette enquête, une mauvaise circulation des informations entre les acteurs freine considérablement la coopération interprofessionnelle. Le renforcement des liens passe donc par une meilleure communication et compréhension des rôles de chacun.

Pour avancer dans ce sens, il faut continuer **d'encourager le dialogue** et les **projets communs** tels que des formations ouvertes aux deux professions, la réalisation d'essais en concertation ou l'exercice au sein de CPTS.

Si les pharmaciens souhaitent être davantage sollicités par les ergothérapeutes pour la délivrance de matériel, ils peuvent eux-mêmes décider **d'initier la collaboration**. Pour cela, ils ne doivent pas hésiter à faire appel aux ergothérapeutes. En intégrant leur expertise, ils favorisent non seulement une **prise en charge optimale de leurs patients** mais aussi une **meilleure coopération interprofessionnelle**.

Certains font par exemple le choix d'intégrer des associations de pharmaciens à but non lucratif spécialisées dans le matériel médical. Ces dernières nécessitent un Diplôme Universitaire (DU) de MAD pour y adhérer et facilitent les échanges avec les équipes soignantes tout en valorisant les compétences de chacun.

En tant qu'unité professionnelle, il faut également tenir compte **des limites** de notre formation initiale universitaire. Bien qu'elle constitue une bonne entrée en matière, elle peut s'avérer insuffisante notamment pour l'adaptation des véhicules destinés aux personnes en situation de handicap.

En effet, même si le diplôme d'État habilite les pharmaciens à dispenser ce type d'équipement, des disparités subsistent entre les facultés et le volume horaire ne permet pas d'approfondir suffisamment le sujet.

Pour renforcer les relations interprofessionnelles avec les ergothérapeutes et assurer une prise en charge optimale des patients, les pharmaciens qui souhaitent s'investir doivent donc **s'engager à développer leurs connaissances** via un DU de MAD, une expertise en VPH et à les **actualiser**.

S'impliquer pleinement signifie également être capable de répondre à des exigences clés : Avoir le **matériel** et les **locaux** requis, fournir aux patients le **dispositif le plus adapté**, effectuer des **devis**, des **essais** en collaboration au domicile afin de s'assurer de l'adéquation entre le matériel et le lieu de vie, garantir un **service après-vente** de qualité et ** changer** fréquemment avec d'autres professionnels de santé.

Pour les pharmaciens qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas assurer ces services, il pourrait être préférable de déléguer cette activité.

Ce choix, bien que difficile, contribuerait à **préserver la qualité des soins** et ** viter les tensions** entre les différents acteurs de santé.

2. Rendre la loi plus effective

Afin de renforcer l'impact de cette mesure, des actions pourraient être envisagées à différentes  ch ances.

A court terme :

Comme c'est le cas des pharmaciens à chaque nouvelle mission, des **formations** devraient être **proposées au plus grand nombre**.

Dans le contexte de cette loi, cela aurait notamment permis une meilleure diffusion des informations, une plus **grande confiance** des ergothérapeutes dans l'acte de prescription et une clarification des dispositifs médicaux prescriptibles.

Il serait également pertinent de **sensibiliser** davantage les médecins et le grand public au rôle exercé par l'ergothérapeute dans la préconisation de matériel médical. Ainsi plus de patients pourraient bénéficier de leur expertise avec à la clé une meilleure prise en charge.

A moyen terme :

Une piste à moyen terme consisterait à établir une **nomenclature générale des actes d'ergothérapie** pour envisager une **prise en charge de leur activité en libéral**.

Actuellement, la facturation des actes d'ergothérapie dépend du cadre dans lequel ils sont réalisés.

- Dans les établissements publics et privés sous dotation T2A (**Tarification à l'Activité**), les actes d'ergothérapie sont **inclus dans le coût global du séjour hospitalier**.
- En structures médico-sociales, ils sont également **intégrés à un forfait global de soins**.
- En libéral, comme les ergothérapeutes n'ont pas de nomenclature des actes et qu'ils ne sont pas conventionnés, il n'y a **pas de prise en charge par l'Assurance Maladie** (99).

Le tarif est fixé librement par le praticien et adressé au patient qui peut ensuite effectuer une demande de remboursement à sa mutuelle.

Lorsqu'une assurance, caisse de retraite ou un employeur est à l'origine de l'intervention, le financement est effectué par l'organisme à l'initiative de cette action.

La mise en place d'une **nomenclature des actes d'ergothérapie** en libéral inspirée de celle des kinésithérapeutes permettrait plusieurs améliorations notables.

Tout d'abord, cela faciliterait une **prise en charge par l'Assurance Maladie** qui assurerait une **homogénéité des pratiques tarifaires**.

Pour les ergothérapeutes, cette démarche favoriserait une **stabilité financière** en libéral avec moins d'impayés et une plus grande patientèle. Pour les bénéficiaires, elle garantirait un **accès aux soins** indépendamment de leurs revenus.

Enfin elle contribuerait à une **meilleure reconnaissance** des ergothérapeutes dans le parcours de soins. Comme ils sont peu nombreux à exercer en libéral, leur rôle reste méconnu et l'absence de nomenclature et de remboursement **limite leur intégration** dans le parcours de soins conventionné. Il serait plus facile pour les autres professionnels de les solliciter si leurs interventions étaient prises en charges après prescription médicale.

Au long terme :

Actuellement, l'obligation d'une prescription médicale préalable constitue un frein important à l'élaboration d'ordonnances par les ergothérapeutes.

En effet, dans les structures de soins, un fonctionnement préétabli existait déjà : Le médecin consultait l'ergothérapeute pour un avis avant de rédiger lui-même l'ordonnance. Dans ce cadre, la possibilité de prescription pour les ergothérapeutes **n'a pas profondément modifié les pratiques**, si ce n'est, en allégeant la charge administrative des médecins.

Ceux qui pourraient le plus être concernés par cette avancée, seraient donc les ergothérapeutes exerçant en dehors des structures comprenant un médecin.

Paradoxalement, comme ils doivent eux même être initialement prescrits, ils ne peuvent pas tirer parti de cette loi.

Une solution efficace pour renforcer l'application de cette mesure serait d'instaurer un **accès direct**. Ce modèle, actuellement en phase d'expérimentation pour les kinésithérapeutes, les infirmiers en pratique avancée et les orthophonistes, s'inscrit dans le cadre de la **loi RIST**, promulguée en 2023 (100).

Cette réforme vise à ce que ces professionnels puissent être consultés **sans prescription** médicale préalable, sous certaines conditions.

Son principal objectif est de **faciliter l'accès aux soins**, notamment dans les zones sous-dotées, en réduisant la dépendance aux médecins pour des actes courants, tout en garantissant une prise en charge de qualité.

Or comme nous avons pu le voir, l'évolution des compétences des professions paramédicales suit une logique d'extension progressive. Lorsqu'une mesure prouve son efficacité, elle tend à être **élargie à d'autres corps de métier**.

Ainsi, bien que l'expérimentation soit encore en cours, il serait cohérent d'envisager, à terme, **l'intégration des ergothérapeutes** dans ce dispositif.

En comparaison des figures 4 et 7 vues précédemment, la figure 75 simplifierait grandement les démarches administratives.

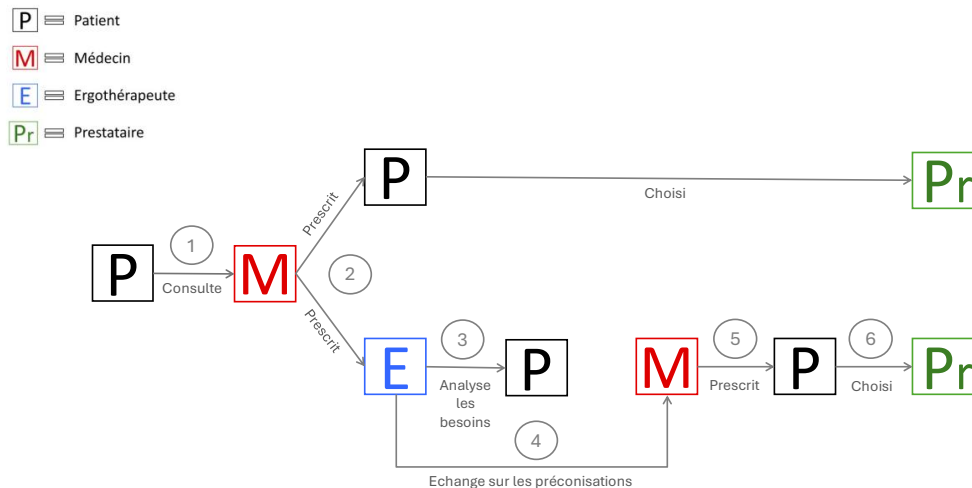


Figure 4 : Fonctionnement préalable à la mise en place de la loi

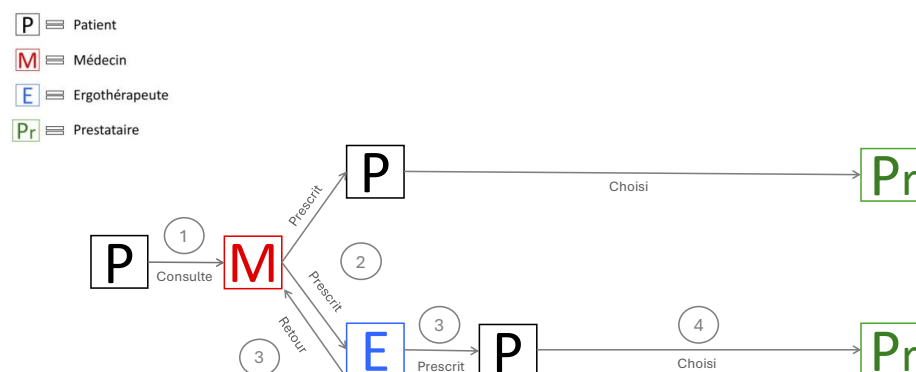


Figure 7 : Fonctionnement après mise en place de la loi



Figure 75 : Fonctionnement possible avec application de la loi RITS

Le patient pourrait consulter directement un ergothérapeute, qui, s'il le juge nécessaire, lui prescrirait le matériel dont il a besoin. Le patient choisirait ensuite son prestataire comme précédemment.

Ce fonctionnement renforcerait la **place des ergothérapeutes dans le parcours de soins** en reconnaissant pleinement leur expertise. Il contribuerait également à **consolider leurs liens avec les autres professionnels de santé** comme les pharmaciens, en facilitant les échanges et la coordination autour du patient.

Pour ces derniers, un tel dispositif garantirait un **accès plus rapide aux soins**, en réduisant les délais liés aux consultations médicales intermédiaires. Il favoriserait aussi **le maintien à domicile** dans de meilleures conditions, en apportant plus rapidement les aides techniques nécessaires à leur **autonomie** et à leur **confort**.

Enfin, d'un point de vue sociétal, bien que ce modèle puisse **engendrer une consommation de soins**, il permettrait, en contrepartie, l'économie de consultations superflues. En facilitant le maintien à domicile, il entraînerait un moindre recours aux établissements spécialisés, allégeant ainsi la charge des structures de soins tout en **respectant le souhait de nombreux patients de rester chez eux**.

Conclusion

Alors que le système de santé est confronté à des tensions croissantes et à la nécessité d'optimiser le parcours de soins, l'extension du droit de prescription aux ergothérapeutes constitue une avancée à condition qu'elle soit accompagnée d'ajustements.

Loin d'être une finalité, cette mesure doit être perçue comme une étape intermédiaire vers une organisation plus efficace des soins, où chaque professionnel voit son expertise reconnue et valorisée. Les tensions et les incompréhensions soulevées lors de cette enquête, soulignent la nécessité d'un dialogue ouvert entre ergothérapeutes et pharmaciens.

Les problèmes doivent être abordés et résolus pour permettre l'émergence d'une véritable coopération interprofessionnelle, essentielle dans la prise en charge des patients.

Pour les pharmaciens, l'évolution des compétences des ergothérapeutes représente l'opportunité de redéfinir leur rôle dans le maintien à domicile. Plus qu'une simple adaptation à une évolution l gislativ , il s'agit d'adopter une réflexion individuelle et collective sur les pratiques officinales.

Une approche qualitative est indispensable pour concurrencer les revendeurs spécialisés et les plateformes en ligne. Elle doit être fondée sur des connaissances approfondies du matériel médical, la possibilité de proposer des essais aux patients, un service après-vente performant et une collaboration étroite avec les prescripteurs. En mettant l'accent sur l'accompagnement et la proximité, les officines ont encore l'opportunité de se démarquer dans cette nouvelle dynamique de soins.

Enfin, au-delà des enjeux professionnels et économiques, c'est le patient qui doit rester au cœur des préoccupations. En ce sens, une meilleure entente entre les acteurs et une application plus efficace de la loi permettrait un accès plus rapide au matériel adapté.

L'évolution des rôles et des responsabilités de chacun offre donc l'opportunité d'emmener le système de santé vers un fonctionnement plus fluide, réactif et humain, où chaque professionnel trouve sa place au service du patient.

1. Delaisse AC. L'ergothérapie en France : une perspective historique. De Boeck Supérieur. 2022.
2. Pompidou - 1970 - Journal officiel.pdf [Internet]. [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/download/secure/file/qPZ6Q\\$368n5QZWdwqDG](https://www.legifrance.gouv.fr/download/secure/file/qPZ6Q$368n5QZWdwqDG)
3. Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées - Légifrance [Internet]. [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGISCTA000006103467>
4. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/demographie-des-professionnels-de-sante>
5. Devenir ergothérapeute [Internet]. ANFE. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: https://anfe.fr/devenir_ergotherapeute/
6. Programme [Internet]. ANFE. [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: https://anfe.fr/devenir_ergotherapeute/programme/
7. française A. ergothérapie | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition [Internet]. [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9E2475>
8. Section 1 : Actes professionnels. (Article R4331-1) - Légifrance [Internet]. [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006190626/2021-01-15/>
9. Magnant S. Construction de la pratique professionnelle et de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute en SSR: étude de l'influence de la communication professionnelle et des représentations.
10. Qu'est ce que l'ergothérapie [Internet]. ANFE. [cité 18 janv 2024]. Disponible sur: https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
11. Carl É. Expliquer l'ergothérapie au grand public [Internet]. ALGED. 2023 [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.alged.com/expliquer-lergothérapie-au-grand-public/>
12. Règles professionnelles [Internet]. ANFE. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <https://anfe.fr/regles-professionnelles/>
13. Rapport-activite-2023-VF.pdf [Internet]. [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2023/11/Rapport-activite-2023-VF.pdf>
14. Maintien à domicile [Internet]. [cité 19 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/bons-gestes/seniors/maintien-domicile>
15. L'ergothérapeute [Internet]. 2023 [cité 19 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/lergotherapeute>
16. Reussir_l_adaptation_de_-logements_grace_a_l_ergotherapie_janvier2021.pdf [Internet]. [cité 9 mars 2024]. Disponible sur: https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/Reussir_l_adaptation_de_-logements_grace_a_l_ergotherapie_janvier2021.pdf

17. Les-differents-financements-possibles-en-ergotherapie.pdf [Internet]. [cité 20 janv 2024]. Disponible sur: <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2022/03/Les-differents-financements-possibles-en-ergotherapie.pdf>
18. Démographie des pharmaciens : Panorama au 1er janvier 2022 | CNOP [Internet]. [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/demographie-des-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2022>
19. TerraVisu - Nombre de pharmacie pour 10 000 habitants par bassin de vie en 2023 - data.gouv.fr [Internet]. [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/fr/reuses/terravisu-nombre-de-pharmacie-pour-10-000-habitants-par-bassin-de-vie-en-2023/>
20. Bouygard A, Lavigne C, Remay F. Missions des prestataires de services et distributeurs de matériel.
21. Arrêté du 23 décembre 2011 relatif à la formation préparant à la fonction de prestataire de services et distributeur de matériels, y compris les dispositifs médicaux, destinés à favoriser le retour à domicile et l'autonomie des personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap - Légifrance [Internet]. [cité 28 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000025055523/>
22. rédaction L. Rentabilité, formation, gestion du stock, aides... Comment me lancer dans le MAD ? [Internet]. Revue Pharma. 2020 [cité 9 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.revuepharma.fr/2020/07/rentabilite-formation-gestion-du-stock-aides-financieres-comment-me-lancer-dans-le-mad/>
23. Article Annexe III - Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie - Légifrance [Internet]. [cité 19 avr 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000045564980/2023-11-17
24. Arrêté du 19 décembre 2006 définissant les modalités de la délivrance mentionnées aux articles D. 5232-10 et D. 5232-12 et fixant la liste des matériels et services prévue à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 19 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000820408>
25. RecommandationsPro_AidesTechniques-1.pdf.
26. Devis obligatoire : activités concernées [Internet]. [cité 10 déc 2024]. Disponible sur: <https://entreprendre.service-public.fr/vosdroits/F31144>
27. Article 7 - Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie - Légifrance [Internet]. [cité 19 avr 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000045538245
28. Chapitre II : Matéiovigilance (Articles R5212-1 à R5212-43) - Légifrance [Internet]. [cité 19 avr 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178666/

29. ANSM [Internet]. [cité 20 avr 2024]. Règlementation relative à la matériovigilance. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/documents/reference/reglementation-relative-aux-differentes-vigilances/reglementation-relative-a-la-materiovigilance>
30. VIDAL [Internet]. [cité 20 avr 2024]. Matériovigilance : définition et modalités de déclaration. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/infos-pratiques/materiovigilance-definition-et-modalites-de-declaration-id15184.html>
31. Grimaldi A, Vallancien G. Les paradoxes du médecin à l'hôpital: Les Tribunes de la santé. 16 avr 2010;n° 26(1):21-37.
32. description_architecture_juridique_professions_sante_fevrier_2023.pdf [Internet]. [cité 27 mai 2024]. Disponible sur: https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/description_architecture_juridique_professions_sante_fevrier_2023.pdf
33. Article 51 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 2 juill 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879543
34. bilan_cooperation_ps_vd.pdf [Internet]. [cité 28 juin 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-10/bilan_cooperation_ps_vd.pdf
35. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 3 juill 2024]. Les protocoles de coopération. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-de-cooperation>
36. 280116_dp_loi-de-sante.pdf [Internet]. [cité 3 juill 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf
37. Article L5211-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000046126069
38. soins M de la santé et de l'accès aux, soins M de la santé et de l'accès aux. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. 2022 [cité 20 oct 2024]. Les dispositifs médicaux (implants, prothèses...). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/autres-produits-de-sante/article/les-dispositifs-medicaux-implants-protheses>
39. Critères utilisés pour la classification des dispositifs médicaux autres que les dispositifs implantables actifs. (Article Annexe IX aux articles R665-1 à R665-47) - Légifrance [Internet]. [cité 9 janv 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006142956/1995-03-17
40. Article D245-10 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042855646
41. Article L4331-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 18 oct 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043424044

42. Article D4331-1-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 18 oct 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045700060
43. Arrêté du 12 juin 2023 relatif aux conditions de prescriptions des dispositifs médicaux et aides techniques par les ergothérapeutes.
44. support_formation_MAD.pdf.
45. Tous Ergo [Internet]. [cité 18 août 2024]. Guide : comment choisir un lit médicalisé ? Disponible sur: <https://www.tousergo.com/content/116-lit-medicalise-guide-d-achat-pour-mieux-choisir>
46. Location d'un lit médicalisé, le guide complet - mon-materiel-medical-en-pharmacie.fr [Internet]. [cité 20 août 2024]. Disponible sur: <https://blog.mon-materiel-medical-en-pharmacie.fr/content/132-location-d-un-lit-medicalise-le-guide-complet-pour-un-confort-optimal-a-domicile>
47. escarresdef_long.pdf [Internet]. [cité 20 août 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/escarresdef_long.pdf
48. Escarre - Formation et facteurs [Internet]. [cité 20 août 2024]. Disponible sur: <https://www.coloplastprofessional.fr/bibliotheque/Connaissance/informations/type-de-plaies/prevention-et-prise-en-charge-des-escarres/formation-de-lescarre/>
49. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 25 août 2024]. Table: Echelle de Norton pour prédire le risque d'ulcère de pression*. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/multimedia/table/echelle-de-norton-pour-predire-le-risque-dulcere-de-pression>
50. La prescription des matelas d'aide à la prévention et de traitement des escarres. - ppt télécharger [Internet]. [cité 16 sept 2024]. Disponible sur: <https://slideplayer.fr/slide/11142034/>
51. Tous Ergo [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Matelas anti-escarre gaufré APLOT classe 1A - Chambre. Disponible sur: <https://www.tousergo.com/matelas-anti-escarre/6250-50175-matelas-anti-escarre-gaufré-aplot-classe-1a-3664897001617.html>
52. Aide à l'Autonomie [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Matelas air EOLE system risque escarres moyen à élevé. Disponible sur: https://www.aidealautonomie.net/matelas-anti-escarres-a-air/1209-5115-matelas-eole-system-anti-escarres-3700368621615.html?_gl=1*14rdfkk*_up*MQ.*_ga*MTM2MzAzMTIzMi4xNzI1MzI0OTM2*_ga_BZX67BYSP7*MTcyOTMyNDkzNi4xLjAuMTcyOTMyNDkzNi4wLjAuMA..
53. pharmaouest. Gamme de matelas pour la prévention des escarres – Risque moyen à élevé [Internet]. Le blog de Pharmaouest Industries. 2016 [cité 19 oct 2024]. Disponible sur: <https://blogpharmaouest.wordpress.com/2016/02/17/gamme-de-matelas-pour-la-prevention-des-escarres-risque-moyen-a-eleve/>
54. Tous Ergo [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Matelas en mousse viscoélastique alova - matelas anti-escarre. Disponible sur: https://www.tousergo.com/matelas-anti-escarre/2886-matelas-en-mousse-viscoelastique-alova-3401046206109.html?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwsc24BhDPArisAFXqAB0w25TITmUMIHUWfmLkJJ7Cg1KnAzY2zKlo1lBJvw_Y3_iQZkMdU7AaApusEALw_wcB

55. Medicaldalayrac.com [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Matelas Antiescarres POLYPLOT duo classe 3 , ephad ssiad. Disponible sur: <https://www.medicaldalayrac.com/products/matpoly3>
56. cnedimts-1684-prevention_escarres-projet_de_nomenclature-cahier_des_charges_2010-01-07_17-17-22_580.pdf [Internet]. [cité 20 nov 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/cnedimts-1684-prevention_escarres-projet_de_nomenclature-cahier_des_charges_2010-01-07_17-17-22_580.pdf
57. Avignon C. MAD: MATÉRIEL MÉDICAL & AIDES TECHNIQUES.
58. Pharma GDD [Internet]. [cité 25 août 2024]. Coussin gel 2 housses @ Pharma GDD . Disponible sur: <https://www.pharma-gdd.com/fr/coussin-gel-2-housses>
59. Aide à l'Autonomie [Internet]. [cité 27 août 2024]. Coussin Duoform anti escarres faible à moyen fauteuil roulant. Disponible sur: <https://www.aidealautonomie.net/coussins-anti-escarres-fauteuil/17718-coussin-duoform-classe-ib-3700368612835.html>
60. materielmedical.com [Internet]. [cité 27 août 2024]. Coussin mousse viscoélastique VISCOFLEX Syst'am. Disponible sur: <https://www.materielmedical.com/handicap/coussin-anti-escarres-et-de-positionnement/coussin-en-mousse-viscoelastique-viscoflex.html>
61. Coussin à cellules pneumatiques POLYAIR® [Internet]. Matmedic. [cité 27 août 2024]. Disponible sur: <https://www.matmedic.fr/boutique/prevention-des-escarres/coussins-de-prevention-des-escarres/coussin-a-cellules-pneumatiques-polyair/>
62. LPP : Fiche [Internet]. [cité 21 nov 2024]. Disponible sur: http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/tips/cgi-fiche?p_code_tips=1246424&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=AMELI
63. Catalogue-general-Produit-2022.pdf [Internet]. [cité 3 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.physipro.com/wp-content/uploads/Catalogue-general-Produit-2022.pdf>
64. Coussin de positionnement microbille et mousse - Matériel médical [Internet]. [cité 15 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.pharma-gdd.com/fr/coussin-de-positionnement-html>
65. La Manut' pour les Nuls #2 : Le guidon de transfert [Internet]. 2018 [cité 16 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=nXCplbKMdY>
66. Comment utiliser le Verticalisateur Easylev [Internet]. 2018 [cité 16 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=sultyHVD5OI>
67. Aide à l'Autonomie [Internet]. [cité 21 nov 2024]. Verticalisateur Vertistatique pour Enfants ou Adulte. Disponible sur: https://www.aidealautonomie.net/positionnement-enfants/18323-verticalisateur-vertistatique-pour-enfants-3401096526264.html?_gl=1*5mlyh2*_up*MQ..*_ga*MzA1Mzk4MTA2LjE3MzIxNDg5MzY.*_ga_BZX67BYSP7*MTczMjE0ODkzNi4xLjAuMTczMjE0ODkzNi4wLjAuMA..
68. 12 Le lève personne du lit au fauteuil [Internet]. 2015 [cité 16 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=ehfjockBvvg>
69. Lève-personne [Internet]. EXPERT MEDICAL. [cité 19 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.expert-medical.co/leve-personne/>

70. FIRN sarl [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Cannes anglaises - La paire. Disponible sur: https://firn.fr/cannes-et-deambulateurs/2387-262600-cannes-anglaises-la-paire?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwsc24BhDPArisAFXqAB1RLvnrtsmrHOAqPi2QyFBZUW8cX296r1tatQiQdgXKBR7Io2dUYNEaAnhkeALw_wcB
71. FIRN sarl [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Béquilles sous aisselles - la paire. Disponible sur: https://firn.fr/cannes-et-deambulateurs/470-262620-bequilles-sous-aiselles-la-paire?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwsc24BhDPArisAFXqAB10fCa6Cpys_vBUA-uG3S2LelfnjZ1-K7PTI0IjJZd6xvbiNHl2WkQaAuVwEALw_wcB
72. Tous Ergo [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Canne de marche pliante BONNY - Canne pliante. Disponible sur: <https://www.tousergo.com/canne-de-marche/1450-canne-de-marche-pliante-5415174002548.html>
73. Tous Ergo [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Canne tripode - Canne de marche. Disponible sur: <https://www.tousergo.com/canne-de-marche/1159-canne-tripode-5415174002821.html>
74. Tous Ergo [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Canne siège 3 pieds Fayet. Disponible sur: https://www.tousergo.com/canne-siege/14192-canne-siege-3-pieds-fayet.html?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwsc24BhDPArisAFXqAB1ESgE_ivVhdfzQMY9wxVJIV05xwAQyavmiZclZuq8tPAEJH8ejpsAaAg8IEALw_wcB
75. Tous Ergo [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Cadre de marche Lindsey - Déambulateurs. Disponible sur: <https://www.tousergo.com/deambulateur/851-cadre-de-marche-lindsey-5021196682240.html>
76. Tous Ergo [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Déambulateur 4 roues Angelo - Déambulateur. Disponible sur: https://www.tousergo.com/deambulateur/907-deambulateur-4-roues-angelo-5415174007840.html?_gl=1*yyffyf*_up*MQ..*_ga*MTE0MDk0MTgyNy4xNzI5MzMxOTQ3*_ga_ZBXSJF06PK*MTcyOTMzMtK0Ny4xLjAuMTcyOTMzMtK0Ny4wLjAuMjQ1MjQ3MjM0&gclid=Cj0KCQjwsc24BhDPArisAFXqAB0d7kh-54908Emi8Wa-F1oTja-6oQEfeY_alRoEN84nkeV80N1sv6caAg0gEALw_wcB
77. Mon Matériel Médical en Pharmacie [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Siège coquille manuel Elysée II | mon-materiel-medical-en-pharmacie.fr. Disponible sur: <https://mon-materiel-medical-en-pharmacie.fr/sieges-coquilles/1483-4579-siege-coquille-manuel-elysee-ii.html>
78. sieges_de_serie_modulables_et_evolutifs_08_septembre_2015_dm_eval_38.pdf [Internet]. [cité 24 sept 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-09/sieges_de_serie_modulables_et_evolutifs_08_septembre_2015_dm_eval_38.pdf
79. LPP : Fiche [Internet]. [cité 24 sept 2024]. Disponible sur: http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/tips/cgi-fiche?p_code_tips=6226337&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=AMELI
80. Siège de série modulable et évolutif KIDOO [Internet]. [cité 3 déc 2024]. Disponible sur: <https://tm-medical.fr/sieges-de-serie-modulable-et-evolutif/195-siege-de-serie-modulable-et-evolutif-kidoo.html>
81. PrestaShop [Internet]. [cité 2 oct 2024]. appareil-de-soutien-partiel-de-la -tete-médical concept. Disponible sur: <https://medicalconcept.fr/autour-du-lit/854-appareil-de-soutien-partiel-de-la-tete.html>

82. Casques de protection médical handicap - Medical Domicile [Internet]. [cité 2 oct 2024]. Disponible sur: <https://medicaldomicile.fr/421-protections>
83. web-systeme.net. Chaise garde-robe pour l'utilisation des WC : à roulette ou pliante [Internet]. [cité 2 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.identites.eu/salle-bain-wc/toilettes-wc/fauteuils-toilettes/fauteuil-garde-robe.htm>
84. LPP : Fiche [Internet]. [cité 2 oct 2024]. Disponible sur: http://www.codage.ext.cnamts.fr/cgi/tips/cgi-fiche?p_code_tips=1245407&p_date_jo_arrete=%25&p_menu=FICHE&p_site=AMELI
85. Couteau-fourchette pliant [Internet]. [cité 2 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.identites.eu/couteau-fourchette-pliant.htm>
86. LPP : Recherche par chapitre [Internet]. [cité 3 oct 2024]. Disponible sur: http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/tips//chapitre/index_chap.php?p_ref_menu_code=133&p_site=AMELI
87. Fauteuil roulant verticalisateur [Internet]. [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: <https://monfauteuilroulant.com/Fauteuils-Roulants/Fauteuils-Roulants-Verticalisateurs>
88. Pharmacie du Centre Albert [Internet]. [cité 19 oct 2024]. LOMBASTAB HIGH Hauteur 35 cm - 1 Unité - Ceinture de Soutien Thoraco-Lombaire. Disponible sur: <https://www.pharmacie-du-centre-albert.fr/produit/thuasne-lombastab-high-hauteur-35-cm-1-unite-ceinture-de-soutien-thoraco-lombaire>
89. Les orthèses de Série - Durance Orthopédie [Internet]. 2023 [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: <https://duranceorthopedie.com/2023/04/26/les-ortheses-de-serie/>
90. LPP : Recherche par chapitre [Internet]. [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/tips//chapitre/index_chap.php?p_ref_menu_code=595&p_site=AMELI
91. Marie. Les chaussures orthopédiques, qu'est ce que c'est ? [Internet]. Nantes Orthopedie. 2020 [cité 5 oct 2024]. Disponible sur: <https://nantesorthopedie-podologie.fr/pourquoi-une-chaussure-orthopedique>
92. Aide à l'Autonomie [Internet]. [cité 19 oct 2024]. Chausson confort CHUT ANITE Podowell. Disponible sur: https://www.aidealautonomie.net/chaussures-therapeutiques-chut-chup/18542-8477-chaussure-chut-anite-confort.html?_gl=1*oa0tyj*_up*MQ.*_ga*NDU5Mjk1MjUuMTcyOTM0MTI4MA..*_ga_BZX67BYS P7*MTcyOTM0MTI4MC4xLjAuMTcyOTM0MTI4MC4wLjAuMA..
93. Décret n° 2022-737 du 28 avril 2022 relatif aux conditions de prescriptions de dispositifs médicaux et aides techniques par les ergothérapeutes. 2022-737 avr 28, 2022.
94. Article R5132-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041579588
95. Agence du Numérique en Santé [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Bascule des professionnels ADELI dans le RPPS. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/offres-services/annuaire-sante/bascule-des-professionnels-adeli-dans-le-rpps>

96. Droit de prescription des ergothérapeutes [Internet]. [cité 17 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/delivrance-produits-sante/droits-prescription/droit-prescription-ergotherapeutes>
97. Les dispositifs prescrits par les ergothérapeutes désormais pris en charge par l'Assurance maladie [Internet]. 2023 [cité 17 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/les-dispositifs-prescrits-par-les-ergotherapeutes-desormais-pris-en-charge-par-l-assurance-maladie>
98. GUIDE-DES-AIDES TECHNIQUES.pdf [Internet]. [cité 13 janv 2025]. Disponible sur: <https://maillage92.sante-idf.fr/files/live/sites/maillage92/files/Creations/GUIDE-DES-AIDES-TECHNIQUES/GUIDE-DES-AIDES%20TECHNIQUES.pdf>
99. Libéral [Internet]. ANFE. [cité 20 oct 2024]. Disponible sur: <https://anfe.fr/liberal/>
100. LOI n  2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (1). 2023-379 mai 19, 2023.

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche de signalement matériovigilance



Agence nationale de sécurité du médicament
et des produits de santé

143/147, bd Anatole France
93285 Saint-Denis Cedex
Fax : 01 55 87 37 02

ENVOI PAR FAX :
Si un accusé de réception ne vous est pas
parvenu dans les 10 j. prière de confirmer le
signalement par ENVOI POSTAL AVEC A.R.



**SIGNALEMENT
D'UN
INCIDENT ou
RISQUE D'INCIDENT**

Code de la Santé publique : articles L. 5212-2,
R. 5212-14 à 16

Cadre réservé à l'ANSM

Numéro _____

Attributaire _____

Sous-commission _____

Date d'attribution _____

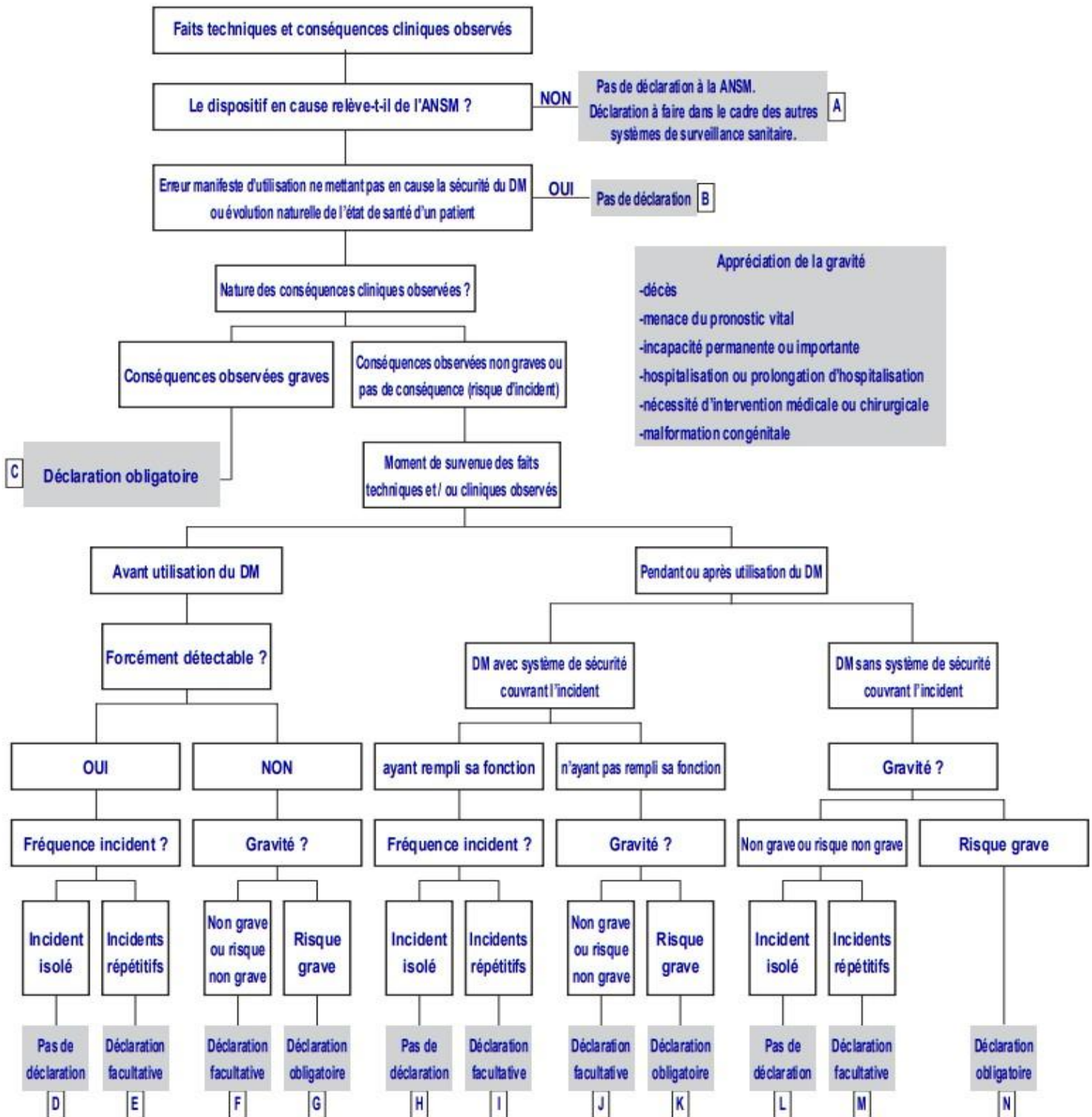
Date d'envoi du signalement

L'émetteur du signalement		Le dispositif médical impliqué (DM)	
Nom, prénom _____		Dénomination commune du DM _____	
Qualité _____		Dénomination commerciale: modèle/ type/ référence _____	
Adresse professionnelle _____		N° de série ou de lot _____	Version logicielle _____
code postal _____ commune _____		Nom et adresse du fournisseur _____	
E:mail _____		code postal _____ commune _____	
Téléphone _____ Fax _____		Nom et adresse du fabricant _____	
☐ Etablissement de santé : N° FINESS _____		code postal _____ commune _____	
☐ Association distribuant DM à domicile		☐ Fabricant / Fournisseur	
☐ Autre		☐ Autre	
L'émetteur du signalement est-il le correspondant matériovigilance ? ☐ Oui ☐ Non			
L'incident ou le risque d'incident			
Date de survenue _____	Lieu de survenue _____		
Si nécessaire : nom, qualité, téléphone, fax de l'utilisateur à contacter _____			
Circonstances de survenue / Description des faits _____		Conséquences cliniques constatées _____	
Le cas échéant joindre une description plus complète sur papier libre. Préciser alors le nombre de pages jointes. et rappeler le nom de l'émetteur sur chaque page.		Mesures conservatoires et actions entreprises _____	
Situation de signalement (de A à N) ☐ voir nomenclature page 2/2		Le fabricant ou fournisseur est-il informé de l'incident ou risque d'incident ? ☐ Oui ☐ Non	

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès de l'organisme destinataire du formulaire (l'ANSM).

Effacer tout
Valider

Aide au signalement des incidents



Annexe 2 : Fiches prise de mesure VPH

Fiche de Prise de Mesure / ex. Fauteuils

Cachet de la Pharmacie :

Nom & Prénom du Patient :

.....

Adresse :

Tél :



Tableau de Mensurations de l'utilisateur :

Taille : cm Poids : kg Age :

Largeur du bassin A :

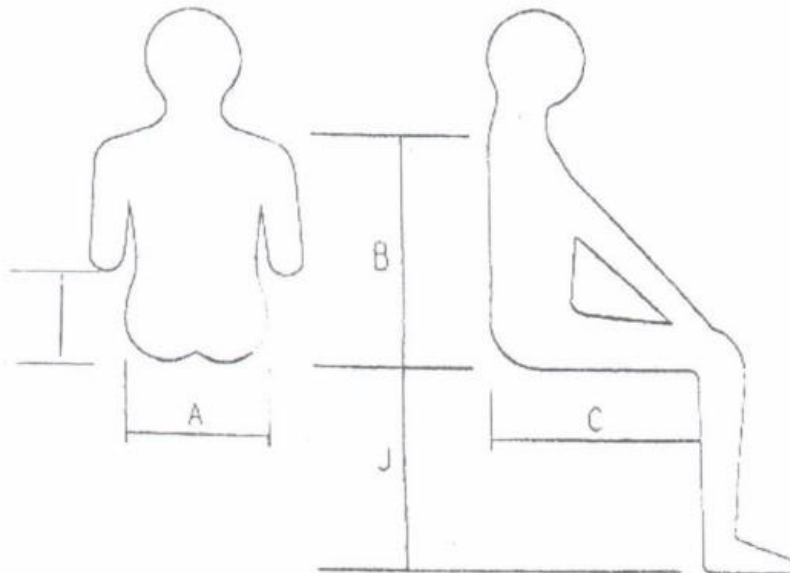
Hauteur du buste B :

Coude – assise D :

Longueur de Cuisse C :

Longueur de Jambe J :

Handicap ou Paralyse (Hémiplegie droite – gauche / Paraplégie / Tétraplégie)



Prises de mesures de l'utilisateur du fauteuil roulant et du fauteuil roulant

	Mesures de l'utilisateur*	Mesures du fauteuil roulant
 Largeur d'assise (SB) <i>La largeur d'assise détermine le confort de l'utilisateur et sa performance. Elle doit être suffisamment large pour une bonne répartition du poids, et suffisamment étroite pour permettre une manipulation aisée du fauteuil.</i>	 □ Laisser la personne s'installer sur une surface plane. □ Positionner des blocs à droite et à gauche des hanches, et mesurer la distance entre les deux blocs. □ Ajouter environ 2 cm aux mesures pour tenir compte des vêtements d'hiver.	 □ Retirer le coussin d'assise. □ Mesurer la distance entre les bords extérieurs de la toile d'assise à l'arrière du fauteuil roulant. Ultra-Light / Compact: Pour la largeur d'assise, ajoutez 0,5 cm à la distance mesurée.
 Profondeur d'assise (ST) <i>Une mesure correcte de la profondeur d'assise permet une meilleure répartition du poids sur toute l'assise, évitant ainsi des points de pression et une irritation de la peau dans la zone située derrière le genou.</i>	 □ Laisser la personne s'installer sur une surface plane. □ Mesurer la distance entre le bas du dos/le creux du fessier et le creux à l'arrière du genou. □ Retirer environ 4 cm (selon le physique de l'utilisateur et l'angle des potences) pour avoir la mesure du fauteuil.	 □ Retirer le coussin d'assise. □ Mesurer la distance entre le bord avant du tube de dossier (sans rembourrage) et l'extrémité avant de la toile d'assise.
 Longueur de jambe (UL) <i>La mesure de la longueur de jambes détermine la hauteur correcte du repose-pieds, qui permettra de transférer une partie du poids du corps sur les pieds. Il doit y avoir au moins 2 cm de dégagement entre le repose-pieds et le sol.</i>	 □ Laisser la personne s'installer sur une surface plane. □ Mesurer la distance entre le talon de la chaussure et le creux à l'arrière du genou. □ Retirer l'épaisseur du coussin pour avoir la mesure du fauteuil.	 □ Retirer le coussin d'assise. □ Mesurer la distance entre le bord arrière du repose-pieds et le bord avant de la toile d'assise (la toile ne doit pas être affaissée).
 Hauteur d'assise avant (SHv) <i>Une mesure correcte de la hauteur d'assise assure des performances de conduite optimales et peut offrir plus de dégagement pour se glisser sous une table.</i>	 □ Laisser la personne s'installer sur une surface plane. □ Mesurer la distance verticale du sol au creux à l'arrière du genou. □ Cette mesure ne doit pas être inférieure à celle de la longueur des jambes + 4 cm pour permettre assez de dégagement entre le repose-pieds et le sol. □ Retirer l'épaisseur du coussin pour avoir la hauteur d'assise avant (SHv).	 □ Retirer le coussin d'assise. □ Mesurer la distance verticale entre le sol et le bord avant de la toile d'assise (la toile ne doit pas être affaissée).
 Hauteur d'assise arrière (SHh)	□ La hauteur d'assise arrière est déterminée par la hauteur d'assise avant, l'angle d'assise et la profondeur d'assise.	 □ Retirer le coussin d'assise. □ Mesurer la distance verticale entre le sol et le bord arrière de la toile d'assise (la toile ne doit pas être affaissée).
 Hauteur de dossier (RH) <i>La hauteur de dossier dépend du degré d'handicap de l'utilisateur. Une hauteur de dossier correcte doit soutenir une bonne posture tout en permettant à l'utilisateur une liberté de mouvements.</i>	 □ Laisser la personne s'installer sur une surface plane. □ Mesurer la distance verticale entre l'assise et les omoplates. □ Si le soutien du tronc doit être plus important, prendre la mesure de l'assise jusqu'au niveau de support requis. □ Si le soutien du tronc doit être moins important, réduire la hauteur de dossier pour augmenter la liberté de mouvements.	 □ Retirer le coussin d'assise. □ Retirer le revêtement du dossier. □ Mesurer la distance entre le haut du module d'assise et les bandes en haut du dossier.

* Doit être réalisé par une personne spécifiquement formée.

Annexe 3 : Témoignages enquête pharmacie

Témoignage 1

« Je travaille régulièrement avec deux ergothérapeutes puisque que nous exerçons au sein du même bâtiment en pôle de santé. J'oriente mes patients vers un bilan ergo si besoin. »

Témoignage 2

« Pour avoir travaillé avec des ergothérapeutes, ces professionnels sont toujours très compétents et pointilleux. Pour travailler avec eux, il faut avoir beaucoup de temps et prévoir de faire de très nombreux essais. Ce qui est possible pour les grosses structures mais plus compliqué pour les petites. Ces personnes salariées de structure ont parfois du mal à intégrer que beaucoup de temps passé représente un coût pour l'officine que la marge dégagée par la vente du matériel ne couvre pas souvent. »

Témoignage 3

« Très bon échanges lors de la réalisation de la commande puis installation d'un fauteuil électrique pour une patiente sur demande de l'ergothérapeute. Elle semble satisfaite car nous recontacte souvent dès qu'elle a besoin car nous avons pas mal de matériel en stock. »

Témoignage 4

« Il serait appréciable que les ergothérapeutes aient des notions plus précises des couts et modalités de remboursement des matériels prescrits ou conseillés car j'avais eu plusieurs désagréments à ce sujet dans mon lieu d'exercice précédent. »

Témoignage 5

« En plus de ma pharmacie, j'avais un magasin de matériel médical. J'étais donc en contact avec les ergothérapeutes de centres de réadaptation ou de la MDPH, surtout pour la vente de fauteuils roulants électriques.

En ce qui concerne la vente et la location du "petit" matériel d'adaptation à la vie quotidienne, je pense sincèrement que, en plus du gros matériel comme les fauteuils roulants électriques, c'est devenu un vrai métier. Au sein d'une pharmacie, nous n'avons plus ces formations. La plupart se font en interne au sein des groupements ou par les fabricants eux-mêmes.

Or les ergothérapeutes aiment faire venir plusieurs produits pour les faire essayer à leurs patients, parfois même en demandant conseil aux prestataires de service. C'est la raison pour laquelle au sein d'une officine dite classique, il sera beaucoup plus difficile de trouver du personnel qualifié en ce sens. »

Témoignage 6

« Votre sujet me parle car ma sœur exerce en tant qu'ergothérapeute dans une autre région. Au quotidien, dans mon exercice officinal, nous échangeons avec des infirmières, quelques kinés et médecins mais nous n'avons pas eu l'occasion d'échanger avec des ergothérapeutes. Pas de prescription non plus. Nous sommes pourtant proches des centres hospitaliers. »

Témoignage 7

« Ils sont extrêmement compétents pour évaluer les besoins du patient. »

Témoignage 8

« Les ergothérapeutes se tournent très peu vers nous pour leur prescription, pourquoi ? »

Témoignage 9

« Les ergothérapeutes demandent de temps en temps du matériel "inutile". Ils pensent que le patient en a besoin, et en théorie oui, le matériel est adapté, mais en réalité, le patient ne s'en sert jamais. Installation, livraison, recherche, tout ça est une perte de temps dans ces cas-là. Ils veulent bien faire mais ne sont parfois pas à l'écoute... »

Témoignage 10

« Je ne savais pas qu'ils avaient droit de prescription, mais ce qui est sûr, quand nous apprenons le passage de l'ergothérapeute, le matériel n'est pas fourni par nous, il semble qu'ils aient un relai qui nous squeeze !! »

Témoignage 11

« Nous avons déjà eu le cas de kinés hospitaliers qui passent directement par les prestataires les plus proches de l'hôpital en court circuitant la pharmacie, peut-être est le cas avec les ergothérapeutes. »

Témoignage 12

« Je suis en contact depuis plusieurs années avec les ergothérapeutes du SAMSAH, les nouveaux sont toujours étonnés de travailler avec un pharmacien, mais à priori plutôt satisfaits »

Témoignage 13

« L'échange entre les 2 professions est primordial afin de mieux se comprendre surtout en termes de prérogatives, en termes de tarification, en terme de responsabilité. »

Témoignage 14

« Bonjour, Nous n'avons eu qu'une seule prescription depuis la parution du décret émanant d'une ergothérapeute exerçant dans un hôpital à 20km de l'officine. »

Témoignage 15

« Echanges très compliqués avec une profession qui pense tout savoir sur le matériel et les malades...de plus souvent formée par les fabricants de matériel... »

Témoignage 16

« Notre prestataire est lui-même en relation avec l'ergothérapeute de la maison de convalescence et nous fait suivre les ordonnances »

Témoignage 17

« La seule ergothérapeute que j'ai rencontrée travaille dans une maison de retraite, je la vois dans les réunions de coordination »

Témoignage 18

« Les ergothérapeutes travaillent avec des structures de MAD et très peu avec les pharmacies, manque de confiance ??? »

Témoignage 19

« Ils envoient les patients systématiquement chez Bastide, Harmonie ou autres boutiques de matériel »

Témoignage 20

« Respecter toujours le libre choix du patient pour tel ou tel prestataire : ne rien lui imposer ! »

Témoignage 21

« Nous avons des ergothérapeutes au sein de notre CPTS ce qui nous permet d'échanger avec eux »

Témoignage 22

« Les suggestions des ergothérapeutes ne sont pas vraiment réalistes la plupart du temps »

Témoignage 23

« Une soirée ou un midi de présentation synthétique des missions serait le bienvenu »

Témoignage 24

« Nous avons une ergothérapeute dans notre CPTS ce qui permet des échanges »

Témoignage 25

« Un seul ergothérapeute dans le secteur qui s'occupe plutôt des enfants »

Témoignage 26

« Ils ont des accords avec des prestataires autres que l'officine »

Témoignage 27

« Je suis déjà en lien avec eux pour des patients spécifiques »

Témoignage 28

« Ne pas court circuiter le réseau officinal »

Témoignage 29

« Il n'y en a pas sur le secteur »

Annexe 4 : Témoignages enquête ergothérapeutes

Témoignage 1

« Ne pas hésiter à faire appel à des ergothérapeutes pour les essais à domicile. Un essai en officine n'aura jamais le même impact qu'à la maison. L'évaluation de l'ergothérapeute sera plus globale et permettra un meilleur choix. Le modèle LPPR avec prise en charge intégrale n'est pas toujours le plus adapté et pourra bloquer parfois la suite des remboursements. »

Témoignage 2

« Pour avoir déjà eu des patients qui souhaitent se fournir du matériel auprès de pharmacies, j'ai rencontré de nombreux problèmes avec des pharmaciens qui n'étaient pas du tout habitué à ce que des ergothérapeutes fassent l'intermédiaire entre eux et le patient.

De plus la connaissance du matériel entre pharmaciens et revendeurs de matériels médicaux est actuellement beaucoup trop disparate pour privilégier et orienter aisément mes patients vers des pharmaciens. Néanmoins je pense surtout qu'il est nécessaire d'établir un réseau et une communication claire pour favoriser cette nouvelle relation interprofessionnelle. »

Témoignage 3

« Sur huit années d'expérience, uniquement une expérience franchement positive avec un pharmacien. Pour les autres, souvent, on a l'impression qu'ils souhaitent mettre ce qu'ils ont en stock ou tout simplement faire l'intermédiaire avec leur grossiste. »

Témoignage 4

« Malheureusement, je n'ai connu que trop peu de pharmaciens qui s'intéressaient vraiment à la problématique du patient et qui cherchaient le matériel qui lui convenait le mieux et non celui qu'ils avaient en stock... C'est dommage car la proximité des pharmacies peut les rendre intéressantes dans le maintien à domicile »

Témoignage 5

« Je rencontre au quotidien des patients qui sont allés en pharmacie acheter fauteuil, attelle, déambulateur ect et dont le matériel n'est absolument pas adapté !! Les patients en pâtissent (particulièrement pour les attelles ou les fauteuils). A mon sens, pour avoir le droit de délivrer du matériel médical, un pharmacien devrait avoir une formation spécifique ! »

Témoignage 6

« Les pharmaciens ne connaissent pas les aides techniques et ne savent pas conseiller les patients. Ils sont aussi beaucoup trop chers par rapport aux revendeurs de matériel médicaux. À chacun son métier ! »

Témoignage 7

« La relation est complexe, je dois les reprendre régulièrement sur ce que je prescris (ex : tendance à mettre un coquille à la place d'une fauteuil confort), sur le taux de LPP (ils font souvent des dépassements qui n'ont pas lieu d'être), sur des "surventes" à certains de mes patients... Maintenant ils me connaissent et ils savent qu'il ne faut pas trop me gratter et bien suivre mes prescriptions. »

Témoignage 8

« Problématiques liées à la méconnaissance des pharmaciens sur les possibilités des ergothérapeutes à la prescription de matériel. Certaines pharmacies refusent les prescriptions qui ne sont pas faite par des médecins obligeant les patients à changer de revendeur ou au médecin de service de refaire les prescriptions. »

Témoignage 9

« Les pharmaciens n'ont pas beaucoup de choix. Ils travaillent avec quelques marques. Il est impossible de réaliser des essais. Je préfère demander à des prestataires de matériel médical. »

Témoignage 10

« Beaucoup de pharmacie privilégient l'écoulement de leur stock à la place du de préconiser le dispositif le plus adapté à la personne... par expérience »

Témoignage 11

« Relationnel exclusivement avec des revendeurs de matériels, pharmacien non formé au matériel »

Témoignage 12

« Respectez les préconisations faites par les ergothérapeutes et ne pas fournir des aides techniques inadaptées aux patients. »

Témoignage 13

« De façon générale, les pharmaciens ne connaissent pas le matériel qu'ils vendent. Ils s'appuient sur le fournisseur pour avoir des informations complémentaires et n'ont pas une connaissance des difficultés rencontrées dans le champ du handicap. C'est pourquoi, sur du petit matériel je vais solliciter les pharmacies (souvent il n'y a pas la référence recherch e). Lorsque le besoin est plus spécifique et demande à avoir des conseils sur ce qui existe, je me tourne vers les revendeurs de matériels. »

Témoignage 14

« Je contacte les pharmacies uniquement à la demande du patient (matériel moins varié que chez les revendeurs, les pharmacies sous traitent avec un revendeur de matériel médical le plus souvent) J'ai l'habitude de travailler avec plusieurs revendeurs de matériel médical sur mon secteur (si le patient me laisse choisir le revendeur, je fais mon choix en fonction du matériel, de son prix, de leur réactivité et des possibilités d'essais de matériel) »

Témoignage 15

« D'un pharmacien à un autre des fois les réponses sont différentes, même parfois concernant des remboursements. Le transfert de dossiers/matériel de loc peut-être complexe également. (Lit médicalisé en loc dans une pharma, mais matelas à air d'une autre pharma...) »

Témoignage 16

« Trop de matériel inadapté aux besoins du patient lui sont donné par les pharmacies et prescrit par les médecins traitants... ce qui bloque par la suite les réels besoins ... »

Témoignage 17

« J'ai pu remarquer que les pharmaciens ont peu de connaissances concernant le matériel pour le retour à domicile. Les patients se retrouvent donc avec du matériel non adapté. »

Témoignage 18

« Souvent pas d'astreinte en dehors ouverture pharmacie pour urgences (lit médicalisé bloqué ou fauteuil cassé) et donc un moins bon suivi à domicile »

Témoignage 19

« Les petites pharmacies imposent des modèles de fauteuils aux patients sans prendre en compte les facteurs environnementaux »

Témoignage 20

« Les pharmacies proposent des prix plus élevés, et parfois les préconisations ne sont pas adaptées »

Annexe 5 : Arrêté du 12 juin 2023 relatif aux conditions de prescriptions des dispositifs médicaux et aides techniques par les ergothérapeutes.

16 juin 2023

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 38 sur 129

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 12 juin 2023 relatif aux conditions de prescriptions des dispositifs médicaux et aides techniques par les ergothérapeutes

NOR : SPRS2316031A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4331-1 et D. 4331-1-1 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 165-1 ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 21 mars 2023,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – I. – En application de l'article L. 4331-1 et du D. 4331-1-1 du code de la santé publique, les ergothérapeutes sont autorisés dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire aux patients sauf en cas d'indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux au sens de l'article L. 5211-1 du code de la santé publique ou les aides techniques, au sens de la norme NF EN ISO 9999 dans sa version en vigueur, suivants :

1. Lits médicaux (soit les produits et prestations définis au titre I, chapitre 2, section 1, sous-section 1 de la liste définie à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale) ;
2. Dispositifs médicaux d'aides à la prévention des escarres (définis au titre I, chapitre 2, section 1, sous-section 2 de la liste définie à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale) ;
3. Appareils modulaires de verticalisation et accessoires associés (définis au titre I, chapitre 2, section 2, sous-section 1 de la liste définie à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale) ;
4. Canes et béquilles (définies au titre I, chapitre 2, section 2, sous-section 2 de la liste définie à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale) ;
5. Coussins de série de positionnement des hanches et des genoux (définis au titre I, chapitre 2, section 2, sous-section 3 de la liste définie à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale) ;
6. Déambulateurs (définis au titre I, chapitre 2, section 2, sous-section 3 de la liste définie à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale) ;
7. Sièges pouvant être adaptés sur un châssis à roulettes (définis au titre I, chapitre 2, section 2, sous-section 7 de la liste définie à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale) ;
8. Appareils destinés au soulèvement du malade (définis au titre I, chapitre 2, section 2, sous-section 8 de la liste définie à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale) ;
9. Appareils divers d'aide à la vie (définis au titre I, chapitre 2, section 2, sous-section 9 de la liste définie à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale) ;
 - appareils de soutien partiel de la tête ;
 - casques de protection pour enfant en situation de handicap ;
 - chaises percées avec accoudoirs et seau ;
 - coquille pour bain pour enfant jusqu'au 16^e anniversaire ;
 - socles à inclinaison variable de coquille pour bain pour enfant jusqu'au 16^e anniversaire ;
 - gants sur mesure pour mutilation de main ;
 - couteaux, couteaux-fourchettes, liants avec étui.
10. Véhicules pour personnes en situation de handicap, leurs éventuelles adjonctions, et les produits d'aides à la posture (définis au titre I, chapitre 2, section 2, sous-section 6 et au titre IV de la liste définie à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale) ;
11. Matériaux pour réalisation d'appareils d'immobilisation d'application immédiate, thermoformables à basse température moulés directement sur les téguments, à état caoutchouteux transitoire ou à état viscoélastique transitoire (définis au titre I, chapitre 1^{er}, section 6 de la liste définie à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale), l'acte thérapeutique de réalisation de l'immobilisation qui en découlera, sera obligatoirement réalisé par un professionnel de l'appareillage ;

12. Les ceintures de soutien lombaire de série et bandes ceintures de série (définis au titre II, chapitre 1^{er}, section E de la liste définie à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale) ;
13. Les colliers cervicaux (définis au titre II, chapitre 1^{er}, section F de la liste définie à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale) ;
14. Les attelles de correction orthopédique de série (définies au titre II, chapitre 1^{er}, section G de la liste définie à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale) ;
15. Les chaussures thérapeutiques de série (définies au titre II, chapitre 1^{er}, section H de la liste définie à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale) ;

II. – La prescription des dispositifs mentionnés au I du présent article se fait selon les conditions de prescriptions définies par les arrêtés d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Art. 2. – Le présent arrêté prend effet à compter du 1^{er} juillet 2023.

Art. 3. – La directrice générale de l'offre de soins et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 12 juin 2023.

*Le ministre de la santé
et de la prévention,
Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale
de l'offre de soins,
M. DAUDE*

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,
Pour le ministre et par délégation :
La cheffe de service,
adjointe au directeur de la sécurité sociale,
D. CHAMPETIER*

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Perline ERIAU

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 : 21302327

N° Thèse : 012

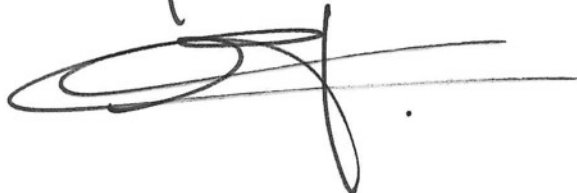
Nom et Prénom : Eriau Perline

Sujet : Maintien à domicile : Ergothérapeutes prescripteurs et nouvelles relations avec les pharmaciens d'officine.

Tours, le : 28/03/25

Le(s) Directeur(s) de Thèse :
Nom(s) et signature(s)

N. JUSTE



**Vu et Transmis :
Le Doyen**

Le directeur de la Faculté
des Sciences Pharmaceutiques

Pr Denys BRAND



ERIAU PERLINE	N° 012
TITRE DE LA THÈSE Maintien à domicile : Ergothérapeutes prescripteurs et nouvelles relations avec les pharmaciens d'officine.	
RÉSUMÉ DE LA THÈSE Depuis la parution de l'arrêté du 12 juin 2023, les ergothérapeutes disposent d'un droit de prescription pour certains dispositifs médicaux et aides techniques. Cette thèse propose d'effectuer une rétrospective sur l'évolution des droits de prescription des différentes professions médicales et détaille la liste du matériel que les ergothérapeutes peuvent prescrire. À travers une enquête menée auprès d'ergothérapeutes et de pharmaciens, elle dresse un premier bilan de l'application de cette nouvelle mesure, un an après son entrée en vigueur. Enfin, elle explore les interactions entre ces deux acteurs de santé et propose des pistes d'amélioration pour optimiser la collaboration et la prise en charge des patients.	
MOTS-CLES : Droit de prescription, coopération interdisciplinaire, matériel médical, réglementation, enquête.	
<u>JURY</u> Président : Mme MAUPOIL-DAVID Véronique, Pharmacien, Professeur des universités, Faculté de pharmacie, Tours Membres : M. AVIGNON Claude, Pharmacien, formateur, Chargé d'enseignements, Faculté de pharmacie, Tours M. JUSTE Matthieu, Pharmacien, Maître de conférences, Faculté de pharmacie, Tours Mme RAFFESTIN Alice, Pharmacien adjoint, Rennes M. ZWAGA Tanguy, Ergothérapeute, La Rochelle	
DATE ET LIEU DE SOUTENANCE : 28/03/25 – Faculté de Pharmacie de Tours	