

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenu publiquement le 10 Octobre 2024
Par M. DEBERQUE Mario**

**Accompagnement technique dans la perte
d'autonomie du sujet âgé.**

Membres du jury :

Président : Pr. Bertrand Décaudin, Professeur des Universités, Praticien hospitalier

Conseiller de Thèse : Dr. Decroocq Maxence, Docteur en pharmacie, Pharmacie d'officine.

Membre(s) extérieur(s) : Dr Lecointe Corinne, Docteur en pharmacie.

Faculté de Pharmacie de Lille
3 Rue du Professeur Laguesse – 59000 Lille
03 20 96 40 40
<https://pharmacie.univ-lille.fr>

Université de Lille

Président
Premier Vice-président
Vice-présidente Formation
Vice-président Recherche
Vice-président Ressources humaines
Directrice Générale des Services

Régis BORDET
Etienne PEYRAT
Corinne ROBACZEWSKI
Olivier COLOT
Bertrand DÉCAUDIN
Anne-Valérie CHIRIS-FABRE

UFR3S

Doyen
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité
Vice-Doyenne Recherche
Vice-Doyen Finances et Patrimoine
Vice-Doyen International
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
Vice-Doyen Territoire-Partenariats
Vice-Doyen Santé numérique et Communication
Vice-Doyenne Vie de Campus
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
Hervé HUBERT
Karine FAURE
Damien CUNY
Vincent DERAMECOURT
Sébastien D'HARANCY
Caroline LANIER
Thomas MORGENROTH
Vincent SOBANSKI
Anne-Laure BARBOTIN
Valentin ROUSSEL

Faculté de Pharmacie

Doyen
Premier Assesseur et
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
Assesseur à la Vie de la Faculté et
Assesseur aux Ressources et Personnels
Responsable des Services
Représentant étudiant
Chargé de mission 1er cycle
Chargée de mission 2eme cycle
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche
Chargé de mission Relations Internationales
Chargée de Mission Qualité
Chargé de mission dossier HCERES

Delphine ALLORGE

Anne GARAT

Emmanuelle LIPKA
Cyrille PORTA
Honoré GUISE
Philippe GERVOIS
Héloïse HENRY
Nicolas WILLAND
Christophe FURMAN
Marie-Françoise ODOU
Réjane LESTRELIN

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BERLARBI	Karim	Physiologie	86
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bioinorganique	85
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie	86
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27

M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie	87
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
Mme	BOU KARROUM	Nour	Chimie bioinorganique	
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOThIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et	86

			Pharmacie clinique	
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	ROGEL	Anne	Immunologie	
M.	ROSA	Mickaël	Hématologie	
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mme	KUBIK	Laurence	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	
Mme	DERAMOUDT	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
M.	GISH	Alexandr	Toxicologie et Santé publique	
Mme	NEGRIER	Laura	Chimie analytique	

Hospitalo-Universitaire (PHU)

	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DESVAGES	Maximilien	Hématologie	
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	BERNARD	Lucie	Physiologie	
Mme	BARBIER	Emeline	Toxicologie	
Mme	COMAPGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	
Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique
Mme	NDIAE-BOIDIN	Maguette	Anglais
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques



UFR3S-Pharmacie

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.



Remerciements.

Monsieur Décaudin, je vous remercie d'avoir accepté la présidence du jury. Je vous remercie du temps que vous avez accordé à la lecture de mon travail.

Mme Lecointe, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, et merci de m'avoir permis de confirmer mon intérêt pour ce sujet au travers des discussions que nous avons pu avoir.

Maxence, merci d'avoir accepté de m'accompagner dans la rédaction de mon manuscrit, et surtout merci d'être un ami sur qui je sais toujours pouvoir compter.

Mes parents, merci d'avoir rendu possible la réalisation de longues études, sans quoi ma vie n'aurait jamais pu prendre cette trajectoire et sans quoi je n'aurais pas pu faire ces rencontres qui font ce que je suis aujourd'hui.

Tom et Mathilde, merci à vous d'être là et de m'avoir accompagné pendant mes études.

Jean-Paul, merci de m'avoir accueilli pour mon stage de 6ème année, tu as fait de moi le pharmacien que je suis aujourd'hui.

Tina, Louis, Élise, ça a été et ça reste un plaisir de travailler avec vous, merci pour ces belles expériences professionnelles.

Thibault, merci de m'avoir fait découvrir la faluche, ma vie estudiantine n'aurait jamais été la même sans toi.

Océane, Caroline, Laura-Élisa et (re-)Maxence, je n'aurais jamais pu rêver meilleure famille de fal', merci à vous pour ces bons moments.

Les copains de la fac, Jeanne, Paul, Loïc, Antoine, Matt, Emma, Eva, Simon et tous les autres merci pour ces moments passés avec vous.

Enfin, Caroline, pour me supporter au quotidien et m'avoir soutenu pour mes rédactions, pour ta patience et ton soutien, merci.

Sommaire.

Remerciements.....	10
Table des abréviations.....	16
Introduction.....	17
I. Généralités.....	19
1. Définitions.....	19
A. Vieillesse.....	19
B. Personne âgée.....	19
C. Perte d'autonomie.....	19
D. Aide technique.....	22
E. Syndrome de glissement.....	22
2. Quelques chiffres.....	23
3. Encadrement législatif.....	26
A. Liste des Produits et des Prestations.....	26
B. Obligations légales encadrant la vente.....	26
II. Les dispositifs d'accompagnement technique.....	28
1. Le repos.....	28
A. Les lits.....	28
a. Lit médicalisé standard.....	28
b. Lit médicalisé ultra-bas, dit « Alzheimer ».....	30
c. Lit médicalisé bariatrique.....	31
d. Lit médicalisé double.....	32
e. Équipements complémentaires.....	33
f. Prise en charge.....	34
B. Les matelas.....	34
a. Généralités.....	34
b. Matelas classe 0 dit « hôtelier ».....	35
c. Matelas classe IA.....	36
d. Matelas classe IB.....	37
e. Matelas classe II.....	37
f. Matelas classe III.....	38
g. Matelas à air.....	39
C. Les fauteuils.....	40
a. Fauteuil releveur.....	40
b. Siège coquille.....	41
D. Autour du lit.....	43
a. Lève-personne.....	43
b. Verticalisateur.....	46
c. Planche de transfert.....	48
d. Poignée de sortie de lit.....	49
e. Coussins d'aide au positionnement.....	50
2. Les aides au déplacement.....	51
A. Cannes.....	51
a. Caractéristiques générales.....	52
b. Avantages et inconvénients.....	52
c. Optimisation de la délivrance et conseil.....	52
d. Prise en charge.....	54
B. Déambulateurs.....	55
a. Caractéristiques générales.....	55
b. Les différents types de déambulateurs.....	55

c. Optimisation de la délivrance.....	60
d. Prise en charge.....	61
C. Fauteuils roulants manuels.....	61
a. Caractéristiques générales.....	61
b. Choix du modèle et réglages.....	63
c. Optimisation de la délivrance.....	64
d. Prise en charge.....	64
D. Fauteuil de transfert.....	65
a. Caractéristiques générales.....	65
b. Avantages et inconvénients.....	65
c. Contexte d'utilisation optimale.....	66
d. Prise en charge.....	66
E. Fauteuils à pousser.....	66
a. Caractéristiques générales.....	66
b. Avantages et inconvénients.....	67
c. Optimisation de la délivrance.....	67
d. Prise en charge.....	67
F. Coussins de prévention des escarres.....	68
a. Caractéristiques générales.....	68
b. Contexte d'utilisation optimale.....	68
c. Prise en charge.....	69
G. Disques de transfert.....	69
a. Caractéristiques générales.....	69
b. Contexte d'utilisation optimale.....	70
c. Prise en charge.....	70
3. Autour de la salle de bain.....	70
A. Tabouret et siège de douche.....	70
a. Caractéristiques générales.....	70
b. Contexte d'utilisation optimale.....	72
c. Prise en charge.....	72
B. Planche et siège de bain.....	72
a. Caractéristiques générales.....	72
b. Contexte d'utilisation optimale.....	73
c. Prise en charge.....	73
C. Barre d'appui.....	74
a. Caractéristiques générales.....	74
b. Contexte d'utilisation optimale.....	74
c. Prise en charge.....	75
4. Autour de la cuisine.....	75
A. Vaisselle.....	75
B. Ouvres-boîtes et ouvres-bouteilles.....	76
5. Aides quotidiennes.....	76
A. Pinces de préhension.....	76
B. Téléphones.....	77
6. Incontinence.....	78
A. Définition.....	78
B. Dispositifs.....	79
a. Chaise garde-robe.....	79
b. Cadre de toilette.....	81
c. Rehausse WC.....	82
d. Urinal.....	83

e. Bassin de lit.....	84
f. Protections absorbantes.....	85
III. Optimisation de la prise en charge du patient.....	89
1. Démarche pluridisciplinaire.....	89
A. Acteurs autour du patient.....	89
B. Dispositifs de coordination.....	90
a. Le dispositif PAERPA.....	90
b. La méthode MAIA.....	90
c. La PTA.....	91
d. Le DAC.....	91
e. Le CLIC.....	91
f. La CPTS.....	92
g. Le dispositif PRADO.....	92
h. Le CCAS.....	92
2. Accompagnement financier.....	93
A. Allocation personnalisée d'autonomie.....	93
a. Critères d'obtention.....	93
b. Modalités d'obtention.....	93
c. Montants de l'APA.....	94
B. Prestation compensatoire du handicap.....	94
a. Critères d'obtention.....	95
b. Modalités d'obtention.....	95
c. Montants de la PCH.....	95
C. Complémentaires santé.....	96
D. Aides locales.....	96
3. Exemples d'optimisation dans la démarche du pharmacien.....	96
A. Les audits au domicile.....	96
B. La visite à 24/48h.....	97
C. Les entretiens incontinence.....	98
IV. Conclusion.....	99
Annexes.....	100
Bibliographie.....	105

Index des tableaux

Tableau 1: Signification du GIR auquel le demandeur est rattaché.....	20
Tableau 2: Prise en charge des lits médicaux et équipements complémentaires au titre de la LPPR.....	34
Tableau 3: Echelle de Norton.....	35
Tableau 4: Fonctionnalités des fauteuils releveurs en fonction du nombre de moteurs.....	40
Tableau 5: Critères de choix des sangles pour lève-personne en fonction du patient.....	46
Tableau 6: Coussins de positionnement par types et leurs champs d'application.....	51
Tableau 7: Montants de prise en charge des coussins de positionnement.....	51
Tableau 8: Tableau comparatif des types d'embouts de cannes.....	54
Tableau 9: Liste et montants de prise en charge des cannes au titre de la LPPR.....	55
Tableau 10: Usage le plus adapté des différents types de déambulateurs.....	60
Tableau 11: Prise en charge de la location et de l'achat des fauteuils roulants manuels.....	64
Tableau 12: Montants de prise en charge des coussins anti-escarres.....	69
Tableau 13: Type de siège de douche en fonction du besoin du patient.....	72
Tableau 14: Types d'incontinences urinaires.....	78
Tableau 15: Montant mensuel de l'APA selon le GIR.....	94
Tableau 16: Plafond des montants de la PCH en fonction du type d'aide.....	95

Index des figures.

Figure 1: Source : Ministère de la santé et des solidarités : Schéma organisationnel de la démarche ICOPE.....	22	Figure 23: Fauteuil confort.....	62
Figure 2: Source Insee, estimations de population et scénario central des projections de population 2021-2070.....	23	Figure 24: Fauteuil de transfert.....	65
Figure 3: Source : DREES : Pourcentage d'aidants par classe d'âge selon l'aide apportée.....	25	Figure 25: Fauteuil à pousser électrique.....	67
Figure 4: Lit médicalisé standard HMS-Vilgo®.....	29	Figure 26: Coussin à cellules d'air poly-compartimenté.....	68
Figure 5: Lit médicalisé ultra-bas.....	30	Figure 27: Coussin en mousse visco-élastique.....	68
Figure 6: Tapis d'amortissement de chute Securform®.....	31	Figure 28: Disques de transferts assis et debout.....	69
Figure 7: Lit médicalisé bariatrique Fortissimo®.....	32	Figure 29: Tabouret de douche amovible...	71
Figure 8: Lit médicalisé double.....	32	Figure 30: Tabouret de douche rotatif.....	71
Figure 9: Fauteuil releveur en position basse et haute.....	40	Figure 31: Chaise de douche standard.....	71
Figure 10: Siège coquille électrique.....	42	Figure 32: Chaise de douche 2 fonctions...	71
Figure 11: Sangles pour lève-personne Nausicaa Médical®.....	44	Figure 33: Chaise de douche 3 fonctions...	71
Figure 12: Verticalisateur équipé d'une sangle dorsale.....	47	Figure 34: Siège de bain.....	73
Figure 13: Planche de transfert.....	48	Figure 35: Siège de bain électrique.....	73
Figure 14: Poignée de sortie de lit.....	49	Figure 36: Planche de bain.....	73
Figure 15: Source : Cannes Fayet : Réglage adapté de la longueur d'une canne.....	53	Figure 37: Barre d'accès avec marche.....	74
Figure 16: Cadres de marches à 2 et 4 poignées.....	56	Figure 38: Barre à ventouses.....	74
Figure 17: Déambulateur à 2 roues.....	57	Figure 39: Barre à visser.....	74
Figure 18: Déambulateur à 3 roues.....	58	Figure 40: Ustensiles de cuisine.....	75
Figure 19: Différents niveaux de pliage des déambulateurs à 4 roues.....	59	Figure 41: Ouvre-boîte électrique.....	76
Figure 20: Déambulateur à 4 roues avec fonction transfert.....	60	Figure 42: Ouvre-bouteille électrique.....	76
Figure 21: Fauteuil actif.....	62	Figure 43: Pince de préhension.....	76
Figure 22: Fauteuil standard.....	62	Figure 44: Téléphone fixe équipé de médaillons d'appel d'urgence.....	77
		Figure 45: Différents modèles de chaises garde-robe.....	80
		Figure 46: Cadre de toilettes.....	81
		Figure 47: Différents types de rehausse WC.....	82
		Figure 48: Urinal féminin.....	83
		Figure 49: Urinal masculin.....	83
		Figure 50: Bassin de lit.....	84
		Figure 51: Protection anatomique.....	86
		Figure 52: Slip absorbant.....	86
		Figure 53: Grande protection anatomique...	87
		Figure 54: Change complet.....	87

Index des annexes.

Annexe 1 : Demande d'entente préalable à l'obtention d'un siège coquille.....	100
Annexe 2 : Tableau récapitulatif des activités relatives à l'éligibilité à la PCH.....	101
Annexe 3 : Formulaire d'audit à domicile de la société Oxypharm®.....	102
Annexe 4 : Formulaire de recueil d'information lors d'un entretien incontinence.....	104

Table des abréviations.

Abréviation	Signification
AGGIR	Autonomie-Gérontologie-Groupe-Iso-Ressources.
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie.
ARS	Agence Régionale de Santé.
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale.
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination.
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé.
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination.
DM	Dispositif Médical.
ESA	Équipe Spécialisée Alzheimer.
EVSI	Espérance de Vis Sans Incapacité.
GIR	Groupe Iso-Ressources.
HAD	Hospitalisation à Domicile.
ICOPE	<i>Integrated Care for Older People.</i>
IDEL	Infirmier Diplômé d'État Libéral.
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.
IU	Incontinence Urinaire.
LPP	Liste des Produits et des Prestations.
LPPR	Liste des Produits et des Prestations Remboursables.
MAD	Maintien à Domicile.
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie.
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
PAERPA	Personnes Âgées en Perte d'Autonomie.
PAT	Pôle d'Autonomie Territoriale.
PCH	Prestation Compensatoire du Handicap.
PSDM	Prestataire de Service et Distributeur de Matériel.
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile.
SAP	Service d'Aide à la Personne.
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile.
TTC	Toutes Taxes Comprises.
VPH	Véhicule pour Personne Handicapée.

Introduction.

Depuis l'aube de l'humanité, l'Homme a été confronté à des événements amenant à une perte temporaire ou définitive de son autonomie. Rapidement, l'Homme a ainsi dû trouver des moyens de palier à cette perte d'autonomie et ainsi sont apparues les premières aides techniques. On a par exemple retrouvé dans le tombeau du pharaon Toutankhamon une collection de 130 cannes et fragments de cannes(1). Cette impressionnante collection était destinée à aider le pharaon à se déplacer en raison d'une malformation de son pied gauche. En 1686 à Versailles, le Roi Soleil Louis XIV a eu recours à ce que l'on qualifiait de chaises d'invalidité, et que l'on qualifierais aujourd'hui de fauteuil roulant, suite à une opération chirurgicale(2).

On observe donc au cours de l'Histoire une recherche continue de nouveaux dispositifs destinés à palier la perte d'autonomie des individus et une quête permanente de nouvelles améliorations à apporter aux appareils existants. On constate ainsi une évolution importante des dispositifs que ce soit en terme de choix des matériaux, en terme de fonctions ou encore en terme d'ergonomie. On peut citer à ce titre l'apparition des premiers matelas anti-escarres en France dans les années 70 à partir de la technologie des mousses visco-élastiques issues de la recherche spatiale.

En France, on observe au XX^{ème} siècle une évolution de la prise en charge des personnes âgées suite aux préconisations de Pierre Laroque, fondateur de la sécurité sociale. Jusque là, la prise en charge des personnes âgées reposait grandement sur un recours à l'institutionnalisation à la charge financière des familles. Ce sont ces recommandations qui amènent à une approche plus moderne de la vieillesse pour laquelle la priorité est donnée au maintien à domicile et qui énonce l'idée d'un troisième âge actif, participant et autonome (3).

Dans un contexte global de vieillissement de la population couplé à une augmentation de l'espérance de vie, la perte d'autonomie du sujet âgé est un phénomène qui prend une place de plus en plus importante dans notre société. C'est pour lutter contre cette perte d'autonomie que l'Assemblée générale des Nations-Unies a proclamé la Décennie du vieillissement en bonne santé la décennie 2021-2030. Pour suivre cette démarche, la France a déployé en 2022 son plan triennal anti-chute des personnes âgées. Les aides techniques font partie des outils matériels de premier ordre dans cette lutte contre la perte d'autonomie. En effet, les aides techniques, lorsqu'elles sont adaptées à l'utilisateur et utilisées convenablement permettent de prévenir la perte d'autonomie, de palier à diverses incapacités fonctionnelles et de faciliter le maintien au domicile des individus.

Afin de pouvoir optimiser l'accompagnement en ville par le pharmacien d'officine des patients présentant le besoin d'une ou plusieurs aides techniques, cette thèse a pour but de dresser un panorama didactique des différents types d'aides techniques, de leurs critères de sélection en fonction des besoins des patients ainsi que de conseils liés à leur délivrance ainsi qu'à leur bonne utilisation.

Pour cela, nous définirons dans un premier temps les termes se rapportant à la personne âgée en perte d'autonomie et nous dresserons un état des lieux des données se rapportant à ce sujet. Dans un second temps, nous explorerons en détail les différents moyens techniques les plus courants permettant d'accompagner les personnes en perte d'autonomie. Enfin, nous détaillerons les moyens à disposition des professionnels de santé pour accompagner de manière coordonnée les patients ainsi que les moyens à même de leur apporter une aide financière. Nous terminerons par quelques exemples d'optimisation de la démarche d'accompagnement des patients en perte d'autonomie par le pharmacien.

I. Généralités.

1. Définitions.

A. Vieillesse.

Le dictionnaire Larousse définit le vieillissement comme « *le fait de devenir vieux, ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort.* » ainsi que comme « *l'affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge.* »(4)

L'OMS définit le vieillissement comme le déclin biologique résultant de l'accumulation de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps aboutissant à une dégradation des capacités d'un individu. Elle précise la non-linéarité et l'irrégularité de ces changements ainsi que leur grande variabilité inter-individuelle. (5)

Le vieillissement est donc un ensemble complexe de processus de déclin des fonctions de l'organisme aboutissant à une réduction voir à une perte des capacités d'un individu dans le temps. Bien qu'inéluctable, il est néanmoins variable d'un individu à l'autre et dépendant de nombreux facteurs tels que le sexe, le patrimoine génétique, le niveau social, l'accès aux soins au cours de la vie ou encore les habitudes de vie.

B. Personne âgée.

Le terme de personne âgée n'est pas aisé à définir car il revient à définir un seuil de vieillesse identique à tous alors même que comme nous avons pu le voir précédemment le vieillissement présente une grande variabilité inter-individuelle.

C'est ainsi que l'on retrouve différentes définitions de la personne âgée. Pour l'OMS, on considère qu'un individu peut être considéré comme une personne âgée à partir de 60 ans(5). L'INSEE établit à 65 ans le seuil au-delà duquel un individu est considéré comme étant une personne âgée(6). La différence de seuil définissant la personne âgée établie par ces organismes peut notamment s'expliquer par la différence d'espérance de vie entre les populations concernées par ces seuils(7).

C. Perte d'autonomie.

La perte d'autonomie correspond à la diminution ou à la perte de la capacité à effectuer des actes répondant aux besoins de la vie quotidienne. En France, on utilise le GIR pour quantifier cette perte d'autonomie avec une valeur comprise entre 1 et 6 et correspondant de manière décroissante au niveau de perte d'autonomie(8).

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

Tableau 1: Signification du GIR auquel le demandeur est rattaché

L'établissement d'un GIR pour un patient se fait à l'aide de la grille nationale AGGIR composée de 17 variables réparties comme suit(9) :

- 10 variables dites « discriminantes » relatives à la perte d'autonomie psychique et physique. Seules ces variables sont prises en compte dans le calcul du GIR. Elles prennent en compte la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillage, l'alimentation, la continence, les transferts, les déplacements à l'extérieur et à l'intérieur et la communication à distance.
- 7 variables dites « illustratives » apportant des informations complémentaires sur le demandeur et utiles à l'élaboration d'un plan d'aide à la personne, notamment dans le cadre de l'APA à domicile. Elles prennent en compte la gestion, la cuisine, le ménage, le transport, les achats, le suivi d'un éventuel traitement et les activités de temps libre.

L'évaluation du GIR par la grille AGGIR est effectuée par un médecin coordinateur ou par l'équipe médico-sociale APA du département de rattachement du demandeur.

Dans le cadre de la lutte contre la perte d'autonomie et la promotion du maintien à domicile, l'OMS a mis en place le programme ICOPE. C'est un programme de santé publique reposant sur un parcours de soins intégrés axé non par autour de l'identification de maladie et leur traitement mais plutôt centré sur une approche préventive des soins et en les modulant en fonction des capacités fonctionnelles(10). Il repose sur 5 étapes (11):

- Le dépistage des patients en perte d'autonomie,
- L'évaluation des pathologies, des besoins et de l'environnement physique et social des patients,
- L'établissement d'un plan de soins personnalisé reposant sur une approche pluridisciplinaire,
- Le fléchage du parcours de soins et le suivi du plan d'intervention,
- L'implication des collectivités et le soutien aux aidants.

L'évaluation des patients dans le cadre de ce programme repose sur 6 axes de capacités fonctionnelles que sont les capacités cognitives, visuelles, auditives, la vitalité, la mobilité et l'état psychologique. Ces capacités peuvent être évaluées par le biais du questionnaire ICOPE pouvant être réalisé sur papier avec l'aide d'un professionnel ou par le biais d'outils numériques comme *ICOPE monitor* directement par le patient (12). Le questionnaire rempli par *ICOPE monitor* étant directement consultable par les professionnels, tout repérage d'une altération au test fait l'objet d'une analyse par les professionnels de santé impliqués et après concertation avec le médecin traitant et le patient, le plan de soins personnalisé est mis à jour.

L'idée générale portée par ce plan est d'inciter les personnes âgées à devenir actrices de leur santé au travers de leur implication dans leur parcours de soins tout en prenant en compte leurs avis ainsi que leurs valeurs, leurs priorités et leur environnement socio-économique (13). Ainsi, la mise en œuvre de ce plan repose sur l'organigramme suivant :

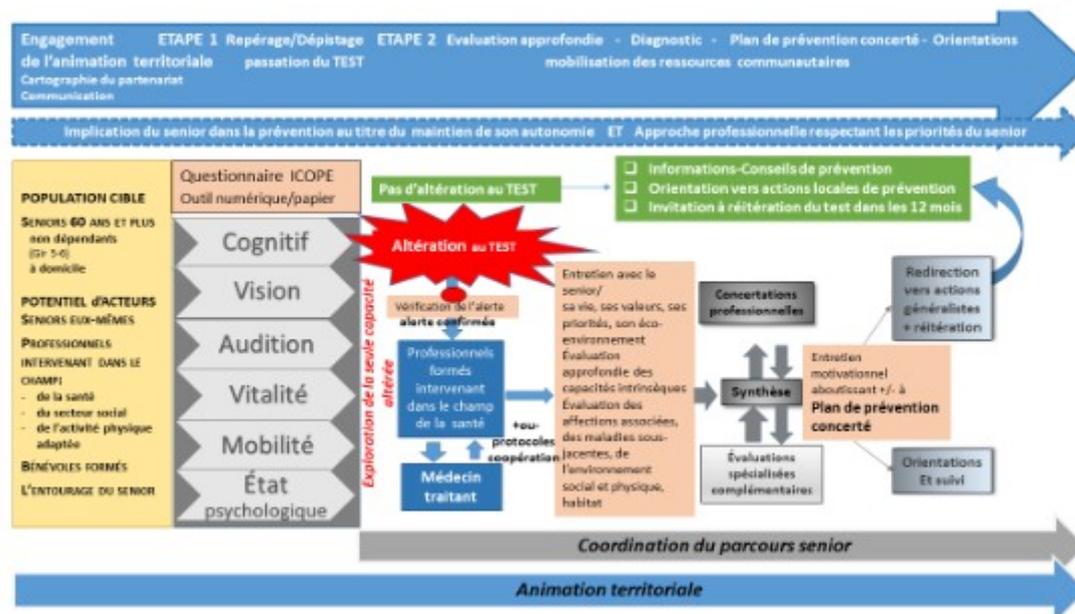


Figure 1: Source : Ministère de la santé et des solidarités : Schéma organisationnel de la démarche ICOPE.

D. Aide technique.

Le code de l'action sociale et des familles définit l'aide technique comme « tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel y compris pour répondre à un besoin lié à l'exercice de la parentalité. »(14)

L'aide technique regroupe ainsi tout appareil médical destiné à permettre le maintien des activités d'un individu ou à compenser un handicap quel qu'il soit. L'aide technique inclut aussi le matériel destiné à l'usage des aidants de la personne. Leur champ d'utilisation est varié et regroupe sans pour autant s'y limiter des aides au déplacement, à la prise de repas et à l'alimentation, à l'hygiène, à l'habillement, au repos ainsi qu'un maintien en position allongée ou assise et à la communication.

Plusieurs paramètres doivent être pris en compte dans le choix d'une aide technique tels que le lieu de vie de la personne, ses capacités physiques et cognitives, son activité physique et les éventuelles pathologies pouvant, par leur évolution, limiter les capacités d'usage d'une aide technique donnée à plus ou moins court terme.

E. Syndrome de glissement.

Le syndrome de glissement est défini par l'académie de Médecine comme une « détérioration subite et rapide de l'état physique et psychique dans la phase de

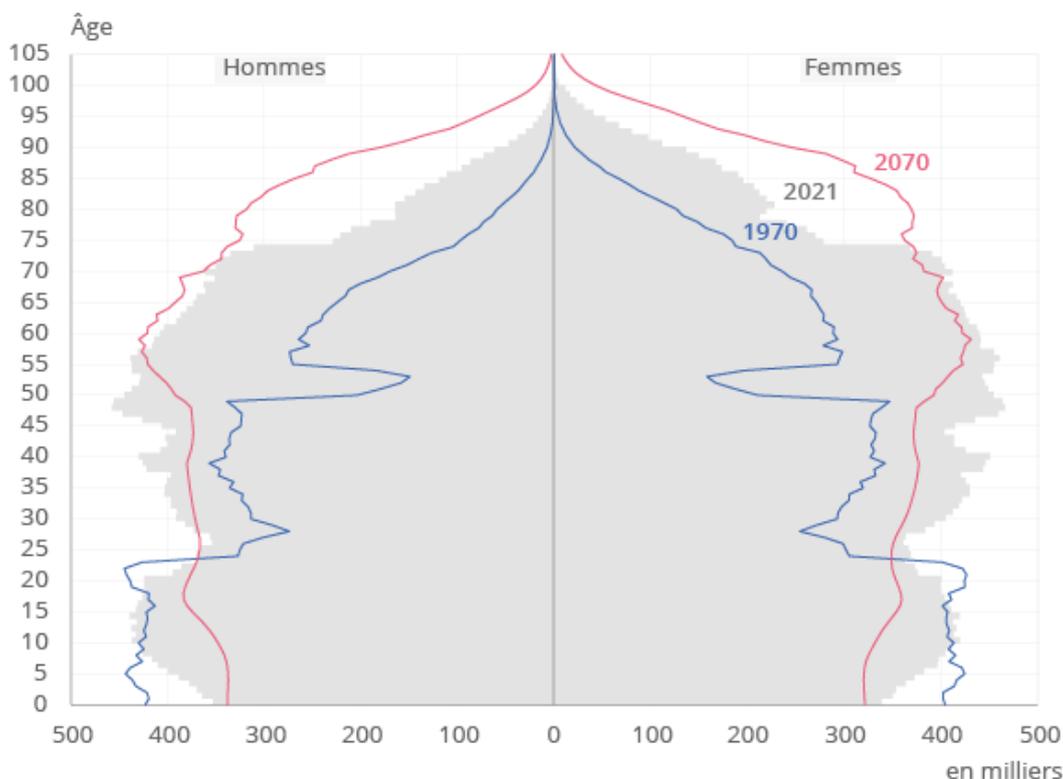
convalescence d'un incident ou accident pathologique, comme une infection, et même bénin, chez un sujet âgé souvent fragile mais bien adapté jusqu'alors. »(15)

Pouvant avoir de nombreuses origines, le syndrome de glissement peut entre autres avoir pour origine une fracture consécutive à une chute ou une chute avec station prolongée au sol.

2. Quelques chiffres.

En France, l'INSEE recensait, au 1^{er} Janvier 2020, 20,5 % de la population étant âgée de 65 ans ou plus soit une augmentation de 4,7 points en vingt ans. Par ailleurs, on observe une accélération de cette augmentation depuis la fin des années 2010 avec l'arrivée dans cette catégorie d'âge des populations issues du baby-boom. À cette même date, on recensait près d'une personne sur 10 étant âgée de plus de 75 ans.

Par ailleurs, l'INSEE prévoit un accroissement de ce phénomène de vieillissement de la population dans les années à venir et annonce prévoir une proportion de 28,7 % de personnes de plus de 65 ans en 2070(6).



Par ailleurs, dans un contexte global de vieillissement de la population, il est primordial de distinguer l'espérance de vie de l'espérance de vie en bonne santé, aussi appelée EVSI. Ainsi, en 2016, l'espérance de vie en France était de 85,3 ans pour une femme et de 79,3 ans pour un homme alors que l'espérance de vie en bonne santé, ou EVSI était à la même date de 64,1 ans pour une femme et de 62,7 ans pour un homme(16). Cette différence entre espérance de vie et espérance de vie en bonne santé correspond à la période de la vie durant laquelle on constatera souvent une perte d'autonomie.

On peut noter aussi qu'en 2021, 20 % des personnes de plus de 85 ans sont considérées dépendantes et que l'on recensait 1,2 million de bénéficiaires de l'APA dont plus de 700 000 personnes vivant à domicile(17).

Enfin, en 2021, on dénombrait 18,5 % des plus de 60 ans ayant recours à une aide technique (hors lunettes ou lentilles, dispositifs auditifs et dentiers)(18).

On constate donc que le vieillissement de la population est un phénomène majeur de société et que même si la population vieillit globalement en meilleure santé, une perte d'autonomie reste inévitable et que celle-ci implique un recours aux aides techniques. De plus, face à une volonté croissante des personnes âgées de vivre le plus longtemps possible au domicile, il est primordiale de pouvoir apporter, au travers des aides techniques, des moyens de garantir un maintien de l'autonomie le plus longtemps possible.

De plus, les aides techniques permettent d'accomplir un rôle de prévention des facteurs pouvant amener chez la personne âgée à un syndrome de glissement. Les aides techniques vont ainsi avoir un rôle majeur dans la prévention des chutes chez la personne âgée dépendante. Il s'agit là d'un enjeu primordial de santé publique puisqu'un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans vivant chez elles chutent au moins une fois par an. Cette donnée passe à 50 % chez les personnes de plus de 85 ans. Parmi ces chutes, 70 % d'entre elles ont lieu au domicile(19).

En 2022, les chutes ont provoqué 150 000 hospitalisations et ont causé 10 000 décès. Aux conséquences humaines s'ajoutent un fort retentissement économique avec un coût estimé de ces chutes de 2 milliards d'euros en 2022 dont 1,5 milliard revenant à l'Assurance maladie.

Au domicile, une chute sur deux peut être attribuée à l'environnement(20). D'autres facteurs de risque de chute sont néanmoins à prendre en compte, ainsi la baisse de l'acuité visuelle et auditive, l'altération de l'appareil vestibulaire permettant l'équilibre, une baisse de la sensibilité des reliefs au niveau des pieds chez les patients diabétiques, une baisse de tonus musculaire pouvant encore être majorée par la dénutrition, la sédation induite par certaines classes médicamenteuses, les douleurs induites par des pathologies rhumatismales ou encore une paralysie pouvant être la résultante d'un accident vasculaire sont autant d'éléments pouvant être la cause d'une chute ou pouvant en accroître le risque de survenue. Ainsi, on notera à titre d'exemple que 30 à 50 % des personnes âgées hospitalisées pour une fracture de l'extrémité supérieure du col fémoral sont dénutries(21) .

Enfin, il est important de prendre en compte les aidants dans l'accompagnement du sujet en perte d'autonomie ainsi que dans la mise en place d'un accompagnement technique. En effet, les aidants représentent trois français sur dix âgés de plus de 18 ans. Cela représente environ 11 millions d'aidants en 2020. Leur moyenne d'âge étant de 49 ans, on dénombre néanmoins 500 000 aidants âgés de 18 à 24 ans. Parmi ces aidants, 60 % de ceux qui considèrent leur mission comme un lourd fardeau sont des femmes et près d'un quart d'entre eux interviennent seuls (22).

L'aide apportée par les aidants est diverse. Elle peut être morale, financière ou se présenter sous la forme d'une aide à la vie quotidienne (23). Le tableau ci-dessous (*Figure 3*) modélise ces différents types d'aide en fonction de la tranche d'âge des aidants, montrant ainsi que le rôle d'aidant est représenté dans toutes les tranches d'âges.

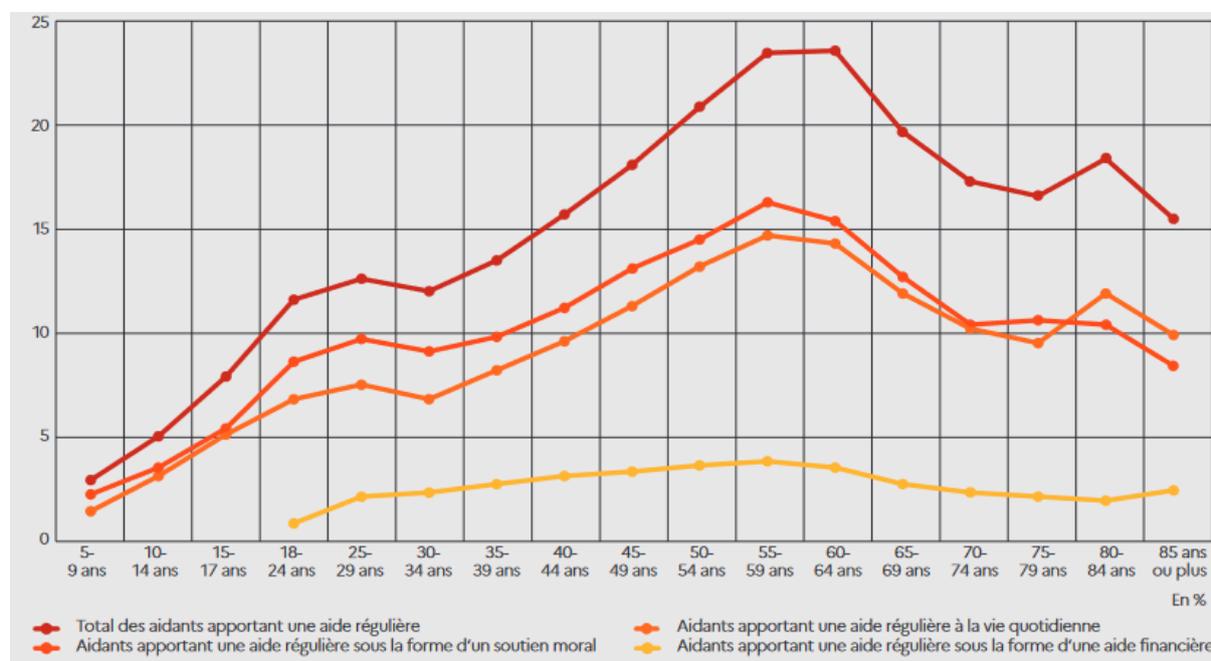


Figure 3: Source : DREES : Pourcentage d'aidants par classe d'âge selon l'aide apportée.

Face à ces données, il apparaît impératif de prendre en compte les aidants intervenant autour de la personne en situation de perte d'autonomie lors de la mise en place d'aides techniques car ils seront souvent amenés à les manipuler, que ce soit pour les transporter comme les déambulateurs ou les fauteuils roulants, ou pour s'en servir pour manipuler la personne âgée, comme les planches de transferts ou les verticalisateurs, ou encore pour prendre en charge les annexes à leur utilisation comme le vidage des chaises garde-robe. Il faudra dans toutes ces situations inclure l'aidant dans le choix du matériel proposé afin de lui en faciliter l'utilisation.

3. Encadrement législatif.

A. Liste des Produits et des Prestations.

La liste des produits et prestations ou liste des produits et prestations remboursables, est une liste consultable sur le site Ameli. Elle regroupe l'ensemble des dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie(24). Les dispositifs référencés dans cette liste sont répartis selon les cinq titres suivants :

- Titre I : DM pour traitements, aide à la vie, aliments, pansements et prestations associées.
- Titre II : Orthèses et prothèses externe.
- Titre III : DM implantables, implants et greffons tissulaires d'origine humaine.
- Titre IV : Véhicules pour handicapés physiques.
- Titre V : Dispositifs médicaux invasifs non éligibles au titre III.

Les titres I, II et IV relèvent essentiellement de la médecine de ville alors que les titres III et V relèvent des établissements de santé. L'ensemble des produits inscrits à la LPP que nous aborderons ici dépendent quant à eux soit du titre I, soit du titre IV.

Afin de pouvoir prétendre à une prise en charge par la sécurité sociale d'un produit inscrit à la LPP, il faut soit être une pharmacie d'officine, soit être un prestataire de service et distributeur de matériel, ou PSDM, accrédité par la HAS. On notera par ailleurs qu'à compter du 1^{er} janvier 2025, les PSDM devront obtenir la certification PSDM publiée le 18 juin 2024 par la HAS(25). Cette certification a pour objectif d'établir une charte de bonnes pratiques visant à améliorer la qualité de service de ces prestataires et de garantir le respect de la réglementation en vigueur.

B. Obligations légales encadrant la vente.

La vente de matériel médical implique dans certains cas la nécessité de fournir un devis au patient(26). Ainsi, il est obligatoire de fournir un devis au patient pour tout professionnel commercialisant du matériel médical dans les cas suivants(27) :

- Lorsque le prix du produit est supérieur à 500€,
- Dans le cas d'une location, lorsque le prix TTC de la location est supérieur au montant de la LPP,
- Lorsque le produit est réalisé sur mesure.

Ce devis préalable remis gratuitement doit être conservé pendant un an par le professionnel. Il doit contenir les éléments suivants :

- Date de rédaction,
- Durée de validité de l'offre,
- Nom et adresse de l'entreprise,
- Nom et adresse du patient,
- Description des produits et code sous lequel ils sont inscrits s'il y en a un,
- Prix TTC de chaque produit, tarif de responsabilité et prix limite de vente le cas échéant,
- Montant total TTC en cas de vente et montant TTC hebdomadaire ou mensuel en cas de location,
- Montant pris en charge par l'assurance maladie obligatoire,
- Montant pris en charge par l'assurance maladie complémentaire,
- Dispense d'avance de frais le cas échéant,
- Montant réellement payé par le patient et les modalités de paiement.

II. Les dispositifs d'accompagnement technique.

1. Le repos.

A. Les lits.

a. Lit médicalisé standard.

1. Caractéristiques générales.

Le lit médicalisé dit standard doit permettre de garantir au patient les meilleures conditions de confort et doit permettre au personnel soignant intervenant au chevet du patient d'effectuer facilement les soins nécessaires. Il est indiqué pour les patients en perte totale ou partielle d'autonomie, et ce qu'elle soit transitoire ou définitive.

Les caractéristiques du lit médical standard, ou lit HAD/MAD, sont régies par la norme NF178 (28). Celle-ci précise une dimension standardisée de sommier de 200cm par 90cm à laquelle on pourra adjoindre si besoin une rallonge de 20cm pour les patients très grands.

Cette même norme précise par ailleurs des obligations de motorisation du lit. Il doit ainsi permettre un réglage en hauteur du lit afin de faciliter la sortie du lit ainsi que les soins. Il doit aussi permettre un relevage électrique du buste. Enfin il doit présenter un réglage en hauteur des membres inférieurs, ce dernier réglage pouvant être électrique ou manuel. On trouvera donc des lits médicalisés dits à 2 ou 3 moteurs.

D'autres fonctionnalités distinctes des caractéristiques propres au couchage sont aussi définies par la norme NF178. Ainsi, le lit devra être monté sur roues afin de permettre son déplacement pour faciliter l'accès des soignants ainsi que pour le ménage. Ces roues doivent par ailleurs disposer d'un système de freinage. Le lit devra aussi permettre la fixation d'une potence de chaque côté de la tête de lit. Enfin, pour des raisons de sécurité, le lit doit obligatoirement permettre une remise à plat de la section buste en cas d'absence de tension électrique.



Figure 4: Lit médicalisé standard HMS-Vilgo®

2. Limites.

Le lit médical standard n'est pas adapté pour les patients pesant plus de 135 kg pour lesquels on aura recours au lit bariatrique, ni pour les patients à risque élevé de chute du lit pour lesquels on aura recours au lit médicalisé ultra-bas.

3. Optimisation de l'utilisation.

Lorsqu'un patient a besoin d'un lit médicalisé au domicile, il sera primordial de s'assurer de connaître sa taille, de son poids ainsi que d'un éventuel risque de chute du lit afin de s'assurer qu'un lit standard est bien adapté à ses besoins.

Il faudra par ailleurs s'assurer qu'il dispose à son domicile d'un emplacement adapté à la mise en place du lit. Cela implique une surface au sol suffisante pour placer le lit et permettre un accès à ses de côtés ainsi qu'au pied de lit pour assurer les soins. Il faudra aussi s'assurer de la proximité d'une prise secteur pour pouvoir assurer le branchement électrique du lit. Enfin, on expliquera qu'il faut que le lit soit placé dans un environnement permettant au patient d'assurer les actes de la vie quotidienne dont il est encore capable ainsi que de s'assurer d'un accès facilité aux divertissements en cas de station prolongée dans le lit (vu directe sur la télévision par exemple).

Une fois le lit installé, on s'assurera que le patient a bien saisi les modalités d'utilisation des différentes fonctions du lit, que ce soient les réglages électriques, l'adjonction ou le retrait d'une potence si nécessaire ou encore l'utilisation des dispositifs de freinage qui doivent toujours être enclenchés avant de s'installer dans le lit ou d'en sortir.

On pourra enfin, afin d'optimiser l'entourage du lit du patient proposer différents équipements complémentaires tels que des barrières ou une table de lit que nous détaillerons ci-après.

b. Lit médicalisé ultra-bas, dit « Alzheimer ».

1. Caractéristiques générales.

Le lit médicalisé ultra-bas, plus communément appelé lit Alzheimer est spécialement conçu pour limiter les risques de traumatismes associés à une chute du lit. Pour cela, il se distingue du lit médicalisé standard par sa hauteur minimale beaucoup plus faible de 20cm de hauteur contre 35 à 37cm pour le lit standard. Il est particulièrement adapté pour les patients très confus, notamment dans le cas des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. On retrouve fréquemment sur ce type de lit une possibilité de verrouillage de la télécommande au moyen d'une clé. Ce verrouillage peut bloquer complètement la télécommande ou permettre un verrouillage spécifique de la fonction de réglage en hauteur. Ce verrouillage de la télécommande par un soignant ou un aidant permet lui aussi de réduire les risques de chute haute du patient la nuit.

En dehors de ces spécificités, le lit médicalisé ultra-bas répond au même cahier des charges que le lit standard et doit aussi, malgré son châssis plus bas, permettre le passage d'une table de lit.



Figure 5: Lit médicalisé ultra-bas.

2. Optimisation de l'utilisation.

Reprenant de nombreuses caractéristiques du lit standard, le lit médicalisé ultra-bas présente les mêmes points d'attention relatifs à son installation et à l'optimisation de l'environnement entourant le lit. On pourra à cela ajouter un tapis d'amortissement de chutes.

Bien que non remboursables par l'assurance maladie, ces tapis présentent un grand intérêt pour les patients avec des antécédents de chutes du lit ou pour les patients très confus ou désorientés car ils permettent d'amortir une grande partie de l'impact en cas de chute. Ils présentent ainsi une approche de la prévention similaire au lit médicalisé ultra-bas et sont complémentaires à ceux-ci.



Figure 6: Tapis d'amortissement de chute Securform®

c. **Lit médicalisé bariatrique.**

1. Caractéristiques générales.

Le lit médicalisé bariatrique, souvent appelé lit Fortissimo® reprend lui aussi les caractéristiques principales du lit standard. Il ne diffère de celui-ci que par la largeur de sommier de 120cm contre 90cm pour le lit standard et par sa capacité de support plus importante de 270kg contre 150kg pour le lit standard.



Figure 7: Lit médicalisé bariatrique Fortissimo®

2. Optimisation de l'utilisation.

Lors de la mise en place d'un lit médicalisé bariatrique, il faudra reprendre les mêmes points d'attention que pour un lit standard. À cela, on ajoutera le fait de prendre en compte le poids du patient dans le choix de tout autre accompagnement technique tel qu'une chaise percée, un déambulateur ou encore un fauteuil roulant.

d. Lit médicalisé double.

1. Caractéristiques générales.

Le lit médicalisé double correspond à deux lits standards accolés. On retrouvera ainsi les mêmes possibilités de réglage électrique du sommier pour chaque moitié du lit et ce de manière indépendante. Les lits médicalisés doubles reprenant la base du lit standard, ils ont donc une largeur de sommier de 180cm.



Figure 8: Lit médicalisé double.

2. Optimisation de l'utilisation.

Le lit médicalisé double se verra particulièrement adapté lorsque les deux utilisateurs du lit présentent le besoin d'un lit médicalisé. On reprendra lors de son installation les points d'attention cités précédemment pour le lit standard.

e. **Équipements complémentaires.**

1. Les barrières.

Les barrières de lit sont des dispositifs destinés à prévenir les chutes durant le sommeil ou chez les patients agités. Elles n'ont pas vocation à assurer un maintien volontaire de la personne dans son lit.

Suite à des signalement de piégeage de patient à cause de ces dernières, leurs dimensions ont été fixées par la norme NF EN 60601-2-52 (29). L'espacement entre les barrières et les panneaux de pied ou de tête de lit doit ainsi être supérieur à 318mm ou inférieur à 60mm. On trouvera donc ainsi des barrières dites pleine longueur et des barrières dites 3/4. Ces dernières sont les plus courantes car tout en permettant d'éviter les chutes par basculement, elle permettent la sortie du lit par le bout sans avoir à rebattre les barrières.

Dans tous les cas, les barrières devront être escamotables et l'espace entre les barreaux en position repliée devra être suffisant pour prévenir du risque d'écrasement des doigts.

On pourra fixer à ces barrières des protections en mousse houscée afin de rendre l'appui sur ces dernières plus confortables et prévenir d'un risque d'escarre dû à un appui prolongé sur ces dernières.

2. Les tables de lit.

Bien que non remboursables au titre de la LPPR, les tables de lit sont quasi systématiquement fournies gracieusement au patient lors de la mise en place d'un lit médicalisé. Elles permettent la lecture, l'écriture et la prise de repas au lit du patient.

Il en existe de nombreux modèles différents, inclinables ou non, réglables en hauteur manuellement ou à l'aide de vérins, elles sont cependant toutes montées sur roulettes et leur piétement est suffisamment bas pour passer sous le châssis du lit médicalisé.

f. Prise en charge.

Les prises en charges possibles au titre de la LPPR ainsi que les montants associés pour les lits médicalisés et leurs équipements complémentaires sont regroupées dans le tableau ci-dessous :

Dispositif.	Prise en charge	
	À la location	À l'achat
Lit médicalisé standard.	12,60€/sem.	1030€
Lit médicalisé ultra-bas.	12,60€/sem.	1030€
Lit médicalisé bariatrique.	25€/sem.	1030€
Lit médicalisé double.	12,60€/sem.	1030€
Barrières.	Non.	Non.
Table de lit.	Non.	Non.
Protection de barrière de lit.	Non.	Non.
Forfait de livraison et de reprise lit standard ou ultra-bas.	230€	Non.
Forfait de livraison et de reprise lit bariatrique	280€	Non.
Forfait de livraison lit double.	Non.	96€
Forfait livraison lit standard, ultra-bas ou bariatrique.	Non.	96,04€

Tableau 2: Prise en charge des lits médicaux et équipements complémentaires au titre de la LPPR.

La garantie du lit médicalisé doit être de 5 ans peu importe son type et le renouvellement de sa prise en charge à l'achat ne peut intervenir durant cette période de garantie.

B. Les matelas.

a. Généralités.

Lors de la mise en place d'un lit médicalisé chez un patient, on envisagera systématiquement la délivrance d'un matelas adapté aux besoins de ce patient. Pour cela, il sera impératif de réaliser l'évaluation des risques d'escarres de ce patient afin de choisir le type de matelas le plus adapté.

Bien que ce risque puisse être évalué à l'aide d'autres échelles telles que les échelles de Braden ou de Waterlow, c'est l'échelle de Norton qui est la référence la plus utilisée dans le choix d'un matelas médicalisé. Elle se présente comme suit :

État physique		État mental		Activité		Mobilité		Incontinence		Total
Bonne	4	Alerte	4	Ambulatoire	4	Totale	4	Aucune	4	
Moyenne	3	Apathique	3	Marche avec une aide	3	Diminuée	3	Occasionnelle	3	
Pauvre	2	Confus	2	Assis	2	Très limitée	2	Urinaire	2	
Très mauvaise	1	Inconscient	1	Totalement alité	1	Immobile	1	Urinaire et fécale	1	
Score :		Score :		Score :		Score :		Score :		
Interprétation des résultats en termes de risque d'escarres.				Score entre 5 et 12				Risque très élevé		
				Score entre 12 et 14				Risque élevé		
				Score entre 14 et 16				Risque moyen		
				Score entre 16 et 20				Risque faible		

Tableau 3: Echelle de Norton

Par ailleurs, on prendra soin de préciser que la mise en place d'un matelas anti-escarre, et ce quelque soit son type ne préviendra pas la survenue d'escarres si un soin particulier n'est pas apporté à l'état cutané général du patient et si des changements de position ne sont pas effectués quotidiennement.

Enfin, et quelque soit le type de matelas, on pourra proposer de délivrer un kit de draps de dimensions adaptées au patient lors de la mise en place du matelas si le patient n'en possède pas aux bonnes dimensions. Ces draps étant généralement housés au pied, ils permettent de s'assurer de leur bon calage pour le confort du patient. Ces produits ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale.

b. Matelas classe 0 dit « hôtelier ».

1. Caractéristiques générales.

Le matelas de classe 0, parfois appelé matelas hôtelier ou matelas clinique est un matelas en mousse standard.

2. Contexte d'utilisation optimale.

Ce matelas est adapté aux personnes présentant un risque d'escarres faibles, soit un score supérieur à 16 sur l'échelle de Norton. On délivrera donc ce type de matelas pour des patients pour lesquels un alitement dans un lit médicalisé est prévu pour une courte durée, avec des levages fréquents et une période d'alitement faible. Il s'agit typiquement de patients au sortir d'une intervention chirurgicale ne

permettant plus la montée d'escaliers pour rejoindre une chambre à l'étage mais capables de se déplacer seuls, suite à une pose de prothèse de genou par exemple.

3. Prise en charge.

La prise en charge d'un matelas de classe 0 par la sécurité sociale est possible à hauteur de 85€ sous réserve de la prescription concomitante d'un lit médicalisé. Leur renouvellement peut être effectué tous les ans.

c. **Matelas classe IA.**

1. Caractéristiques générales.

Le matelas de classe IA, aussi appelé matelas gaufré est un matelas composé d'une mousse monobloc dans laquelle des plots sont taillés pour éviter les effets de cisaillement et augmenter la zone d'appui.

2. Contexte d'utilisation optimale.

Le matelas de classe IA est adapté aux patients présentant un risque d'escarre faible mais alités au moins 10 à 15h par jour. Il s'agit typiquement de matelas qui seront délivrés à des patients au sortir d'une opération chirurgicale impliquant de rester au maximum allongés, au sortir d'une pose de prothèse de hanche par exemple.

3. Prise en charge.

La prise en charge d'un matelas de classe IA par la sécurité sociale est possible à hauteur de 135,45€ sous réserve de la prescription concomitante d'un lit médicalisé. Leur renouvellement peut être effectué tous les ans.

d. Matelas classe IB.

1. Caractéristiques générales.

Le matelas de classe IB est un matelas de type gaufré comme le matelas de classe IA mais composés de différentes parties modulaires de densité variables dont l'agencement est stabilisé par les bordures du matelas. Il est de moins en moins utilisé car on lui préfère le matelas de classe II qui couvre les mêmes indications tout en étant plus évolutif.

2. Contexte d'utilisation optimale.

Le matelas de classe IB est adapté aux patients présentant un risque d'escarre moyen, soit un score de Norton compris entre 14 et 16 et alités au moins 10 à 15h par jour. Il n'est indiqué qu'en prévention primaire, et ne pourra être utilisé en cas d'antécédent d'escarres.

3. Prise en charge.

La prise en charge d'un matelas de classe IB par la sécurité sociale est possible à hauteur de 227,40€ sous réserve de la prescription concomitante d'un lit médicalisé. Leur renouvellement peut être effectué tous les deux ans.

e. Matelas classe II.

1. Caractéristiques générales.

Il existe deux types de matelas de classe II que sont les matelas visco-élastiques et les matelas mixtes. Les matelas visco-élastiques, aussi appelés matelas à mémoire de forme sont des matelas multiportance dont la matière va épouser la forme du patient afin de répartir uniformément les points d'appui. Les matelas mixtes sont quant à eux composés d'une base en mousse de haute résilience sur laquelle est greffée une couche visco-élastique.

2. Contexte d'utilisation optimale.

Les matelas de classe II sont indiqués dans la prise en charge des patients présentant un risque d'escarre moyen à élevé soit des scores de Norton respectivement compris entre 14 et 16 et entre 12 et 14. Ils sont aussi indiqués en prévention secondaire chez les patients présentant des antécédents d'escarres.

3. Prise en charge.

La prise en charge d'un matelas de classe II par la sécurité sociale est possible à hauteur de 296,62€ sous réserve de la prescription concomitante d'un lit médicalisé. Leur renouvellement peut être effectué tous les trois ans.

f. **Matelas classe III.**

1. Caractéristiques générales.

Les matelas de classe III sont des matelas en mousse multi-strates composés de couches superposées de densité et de viscosité variables permettant une répartition des masses supérieure au matelas de classe II.

2. Contexte d'utilisation optimale.

Les matelas de classe III sont indiqués chez les personnes présentant un risque moyen à élevé d'escarres et en prévention secondaire chez les patients ayant des antécédents d'escarres.

On les délivrera aux patients ayant des débuts d'escarres qui se manifestent par des rougeurs sur les points d'appui, aux patients alités plus de 15h par jour mais levés dans la journée et aux patients ayant eu des escarres par le passé.

3. Prise en charge.

La prise en charge d'un matelas de classe III par la sécurité sociale est possible à hauteur de 296,62€ sous réserve de la prescription concomitante d'un lit médicalisé. Leur renouvellement peut être effectué tous les cinq ans.

g. Matelas à air.

1. Caractéristiques générales.

Les matelas à air sont des matelas composés d'une base en mousse de 4 à 5cm d'épaisseur sur laquelle se trouvent des bouées gonflées d'air de manière statique ou dynamique permettant une décharge complète du patient.

Il existe deux types de matelas à air. Les matelas de stade 1-2, d'une épaisseur d'air thérapeutique de 12cm et composés de 18 bouées amovibles et les matelas de classe 3-4, d'une hauteur totale de 22cm et composés de deux compartiments de dix bouées. Ces deux types de matelas peuvent être utilisés de manière statique ou selon un mode dynamique permettant une décharge régulière des différentes zones du corps par une alternance de gonflage et dégonflage d'une bouée sur deux selon un cycle de temps prédéfini de cinq minutes.

Il existe sur tous les matelas à air un système de sécurité appelé « vanne CPR d'urgence » permettant un dégonflage rapide en cas de nécessité d'effectuer une réanimation par massage cardiaque.

2. Contexte d'utilisation optimale.

Les matelas à air sont indiqués en cas de risque très élevé d'escarres, soit un score de Norton compris entre 5 et 12, chez les patients en permanence alités et chez les patients présentant un état cutané très fragilisé.

Les matelas à air de stade 1-2 sont indiqués en prévention secondaire et chez les patients présentant un escarre de stade 1 à 2 tandis que les matelas à air de stade 3-4 sont indiqués en curatif des escarres de stade 3 à 4.

3. Prise en charge.

La prise en charge des matelas à air par la sécurité sociale est possible par la sécurité sociale sur prescription médicale à la location. Pour les matelas à air de stade 1-2, cette prise en charge est hebdomadaire pour un montant de 10,88€ et pour les matelas à air de classe 3-4, elle est quotidienne pour un montant de 4,50€.

C. Les fauteuils.

a. Fauteuil releveur.

1. Caractéristiques générales.

Les fauteuils releveurs sont des fauteuils de confort fixes présentant une fonction électrique de relevage de l'utilisateur par un mouvement conjoint de montée ainsi que de bascule vers l'avant de l'assise. Ils permettent de faciliter l'assise et le relevage chez les patients pour lesquels ces opérations s'avèrent douloureuses ou n'ayant pas le tonus musculaire adéquat. Il existe de nombreux modèles de fauteuils releveurs. Ainsi, on trouvera un large choix d'aspect général, de matières, de couleurs et d'options parmi lesquelles on notera les accoudoirs amovibles destinés au transfert.



Figure 9: Fauteuil releveur en position basse et haute

Il existe aussi différents types de motorisation pour ces fauteuils. Le nombre de moteurs dont dispose un fauteuil releveur va conditionner les fonctionnalités mobiles de ce dernier comme indiqué dans le tableau ci-dessous :

Nb de moteurs	Fonctionnalités
1	Fonction releveur dans un sens et allongement jambes et dossier dans l'autre.
2	Fonction releveur dans un sens et allongement du dossier dans l'autre. Relève-jambes électrique.
4	Fonction releveur dans un sens et allongement du dossier dans l'autre. Relève-jambes électrique. Appui-tête électrique. Soutien lombaire électrique.

Tableau 4: Fonctionnalités des fauteuils releveurs en fonction du nombre de moteurs.

2. Optimisation de la délivrance.

Lors de la délivrance d'un fauteuil releveur, il faudra s'assurer dans un premier temps que le modèle choisi permet de soutenir le poids du patient. Dans un second temps, il faudra s'assurer que l'emplacement dédié au fauteuil est situé de manière à ce qu'une prise électrique soit à proximité et qu'elle soit placée de manière à ce que le câble électrique ne risque pas d'entraîner une chute.

Dans le cas de patients présentant une incontinence, qu'elle soit urinaire, fécale ou les deux, il faudra lui conseiller d'opter pour des matières synthétiques, déperlantes et lavables.

Dans le cas de patients amenés à effectuer des transferts, vers un fauteuil roulant par exemple, il conviendra de les orienter vers un modèle équipé d'accoudoirs amovibles afin de faciliter ces transferts.

Enfin, il peut être intéressant de conseiller aux patients commençant à perdre du tonus musculaire mais encore capable de se relever par eux-même de n'utiliser la fonction releveur que pour s'asseoir, afin d'éviter de se laisser tomber dans le fauteuil mais en parallèle de continuer de se relever par eux-mêmes afin de continuer à mobiliser les groupes musculaires impliqués dans le changement de position.

3. Prise en charge.

Les fauteuils releveurs n'étant pas inscrits à la LPPR, ils ne peuvent par conséquent être remboursés par la sécurité sociale. Les frais liés à leur acquisition peuvent néanmoins être pris en charge par certaines complémentaires santé ou par des dispositifs d'accompagnement financier tels que l'APA ou la PCH.

b. Siège coquille.

1. Caractéristiques générales.

Le siège coquille est un fauteuil uniquement destiné à un usage intérieur. Il se distingue des autres fauteuils par sa structure enveloppante capitonnée qui a pour but de maintenir en position assise une personne dont la capacité au maintien dans cette position n'est autrement plus possible. Muni d'un système de repose-jambes et d'un repose pied, il peut être incliné à l'aide d'un vérin pneumatique ou électrique.

La mousse composant les différentes parties en contact avec le corps de l'utilisateur est une mousse à mémoire de forme de classe II, ce qui permet une prévention du risque d'escarres.



Figure 10: Siège coquille électrique

2. Optimisation de la délivrance.

Le siège coquille ne doit être délivré et installé au domicile du patient que si celui-ci correspond aux critères de prise en charge de ce fauteuil. En effet, le siège coquille présentant un risque de mésusage par accentuation de l'immobilisation d'une personne ayant conservé son autonomie il peut en découler un phénomène dit de grabatisation. C'est pour cela que l'arrêté du 17 octobre 2017 a modifié et restreint les conditions de prise en charge de ce fauteuil (30). Le siège coquille ne doit donc en aucun cas être considéré comme un simple fauteuil de repos.

On prendra soin lors de la délivrance d'un tel fauteuil de s'assurer de la disponibilité d'une prise électrique à proximité si ce dernier est équipé d'un vérin électrique, ce qui est majoritairement le cas. On pourra aussi proposer d'y adjoindre une tablette amovible si nécessaire.

On pourra enfin proposer aux aidants d'associer une planche de transfert à la délivrance du siège coquille afin de faciliter les transferts entre le siège et le lit.

3. Prise en charge.

La prise en charge pour l'achat d'un siège coquille est possible par la sécurité sociale pour un montant de 532,54€. Elle peut être demandée par tout médecin prescripteur et est subordonnée à une demande d'entente préalable (Annexe 1) à laquelle doit être jointe une grille AGGIR dûment remplie et attestant d'un GIR 1 ou 2. La tablette amovible associée au siège coquille peut-être prise en charge à hauteur de 60,31€ lors de la délivrance d'un siège coquille.

Le siège coquille est couvert par une garantie de 5 ans et ne peut être renouvelé avant cette période.

On prendra en compte le fait que le siège coquille est assimilé à un VPH et exclut par conséquent la prise en charge de tout autre VPH.

D. Autour du lit.

a. Lève-personne.

1. Caractéristiques générales.

Le lève-personne, aussi appelé soulève-personne, ou parfois encore appelé lève-malade même si ce terme tombe en désuétude est un dispositif permettant de soulever complètement un patient soit pour permettre d'effectuer sa toilette, soit pour permettre un transfert vers un fauteuil roulant ou un autre VPH. Il s'agit donc d'un dispositif de levage passif.

C'est un dispositif composé d'un piétement sur roulettes suffisamment bas pour passer sous un lit médicalisé et dont l'espacement peut-être modulé au moyen d'un système de pédales. Il est équipé d'un système de vérin électrique alimenté par une batterie rechargeable afin d'en assurer la mobilité. Enfin, il est terminé par un système de fixation de sangles qui peut tourner afin d'axer le patient convenablement.

2. Sécurité.

Plusieurs dispositifs de sécurité sont présents sur le lève-personne. Ainsi, le dispositif ne peut être utilisé si il est branché sur le secteur, cette sécurité permettant de réduire le risque d'arrachage de câble. Par ailleurs, en cas de malfonction de la télécommande, il y a un second tableau de commande présent sur le bloc moteur de l'appareil. En cas de problème lors du levage, il y a un bouton d'arrêt d'urgence situé juste à côté de ce second tableau de commande. Enfin, en cas de panne du bloc moteur en position haute, il y a une molette de débrayage du vérin qui permet de redescendre le patient manuellement.

3. Contexte d'utilisation optimale.

Il est indispensable lors de la délivrance d'un lève-personne de s'assurer d'une formation rigoureuse de toute personne amenée à le manipuler. Il convient de plus de s'assurer qu'il y a autour du lève-personne suffisamment de place pour le manipuler et le déplacer et enfin de s'assurer d'une hauteur sous plafond suffisante au levage.

Il faudra aussi fournir les sangles adaptées non seulement à l'utilisation qui sera faite du lève-personne, mais aussi adaptées au patient. Il existe en effet trois types de sangles adaptées à l'utilisation d'un lève-personne que voici ci-dessous avec de gauche à droite la sangle de toilette, la sangle universelle et la sangle hamac.



Figure 11: Sangles pour lève-personne Nausicaa Médical®

On notera que pour chacune de ces sangles il est possible d'y adjoindre une tête.

Concernant le choix du type de sangle, on retiendra les éléments suivants :

- La sangle de toilette est la plus adaptée à la réalisation des différentes opérations relatives au maintien de l'hygiène du patient.
- La sangle hamac est généralement laissée sous le patient donc plus adaptée lors de déplacements réguliers.
- La sangle universelle est retirée de sous le patient et est donc adaptée lors de transferts peu fréquents. On notera que la sangle universelle est donc aussi la plus adaptée au ramassage du patient au sol en cas de chute.

Le tableau ci-dessous reprend quant à lui des critères de choix de la sangle en fonction des caractéristiques du patient.

Patient	Sangle hamac	Sangle universelle	Sangle de toilette
Perte de tonicité des mb inférieurs et maintien du tonus des mb supérieurs et de la tête.			
Perte de tonicité des mb inférieurs et supérieurs mais bon maintien de la tête.			
Perte de tonicité totale.	Avec une têtère.		
Patient amputé des membres inférieurs.			
Patient agité.			
Patient spastique.	Avec une têtère.		
Patient dépendant physique et psychique.			
Contre-indication de constriction des hanches.			
<i>Légende : ... Adapté ; ... Utilisation possible mais avec prudence ; ... Pas adapté.</i>			

Tableau 5: Critères de choix des sangles pour lève-personne en fonction du patient

4. Prise en charge.

La prise en charge pour la location d'un lève-personne est possible par la sécurité sociale à partir d'une prescription établie par tout médecin prescripteur ou par un masseur-kinésithérapeute. Cette prise en charge est de 17,53€ les 32 premières semaines puis de 10,82€ les semaines suivantes. À ce montant pourra s'ajouter un forfait de livraison de 17,68€.

Concernant les sangles, le montant de la prise en charge est de 24,15€ mais le prix n'étant pas limité, il y aura un reste à charge pour le patient qui pourra être couvert par certaines complémentaires santé ou par des dispositifs d'accompagnement financier tels que l'APA ou la PCH.

b. Verticalisateur.

1. Caractéristiques générales.

Le verticalisateur est un dispositif permettant de redresser de la position assise à la position debout un patient capable de poser les deux pieds à plats et ayant un

minimum de tonus musculaire des membres inférieurs et supérieurs. Il s'agit donc d'un dispositif semi-actif.

C'est un dispositif composé d'un piétement sur roulettes dont l'espacement peut-être modulé. Il est équipé d'un système de vérin électrique alimenté par une batterie rechargeable afin d'en assurer la mobilité et de poignées permettant au patient de se tenir. Il est à utiliser avec des sangles visant à maintenir le patient lors du déplacement pour éviter une chute par basculement en arrière.



Figure 12: Verticalisateur équipé d'une sangle dorsale.

2. Sécurité.

On retrouve sur le verticalisateur les mêmes dispositifs de sécurité que sur le lève-personne, c'est-à-dire le dispositif anti-arrachage, le second tableau de commande, le bouton d'arrêt d'urgence et la molette de débrayage du vérin.

3. Contexte d'utilisation optimale.

Comme pour le lève-personne, on s'assurera de la formation effective des utilisateurs ainsi que de la présence d'un espace suffisant à la manipulation.

Concernant les sangles à utiliser avec ce dispositif, on distinguera la sangle dorsale destinée aux patients capables de poser les deux pieds à plat et disposant d'un bon tonus du buste et la sangle sous-axillaire destinée aux patients capables de poser les pieds à plats mais ne disposant pas d'un bon tonus du buste

4. Prise en charge.

Les modalités de prise en charge du verticalisateur et de ses sangles sont exactement les mêmes que celles du lève-personne car il s'agit des mêmes codes LPP. On retiendra donc que l'on ne peut assurer la prise en charge des deux dispositifs pour un même patient et sur une même période.

c. Planche de transfert.

1. Caractéristiques générales.

Les planches de transfert sont des dispositifs destinés à faciliter le transfert d'une personne d'un plan à un autre, le plus souvent d'un fauteuil roulant à un fauteuil ou à un lit. Ils sont le plus souvent constitués d'une planche de plastique plus ou moins longue avec une surface antidérapante sur la face inférieure. Ces dispositifs peuvent être utilisés par le patient lui-même si il dispose du tonus musculaire suffisant mais peuvent aussi être utilisés par le personnel soignant ou par un aidant pour réduire l'effort physique nécessaire au transfert.



Figure 13: Planche de transfert

2. Contexte d'utilisation optimale.

Lors de la délivrance d'une planche de transfert, il conviendra dans un premier temps de s'assurer que le poids du patient est bien supporté par le dispositif. Il faudra dans un second temps s'assurer que les personnes amenées à l'utiliser ont été formées correctement, en particulier si les aidants sont amenés à l'utiliser ou si le patient compte l'utiliser pour des auto-transferts. Enfin il conviendra de rappeler que lors d'un transfert d'un fauteuil roulant vers un autre plan il est impératif de s'assurer que les freins du fauteuil sont bien bloqués.

3. Prise en charge.

Les planches de transfert n'étant pas inscrites à la LPPR, elles ne peuvent par conséquent être remboursés par la sécurité sociale. Les frais liés à leur acquisition peuvent néanmoins être pris en charge par certaines complémentaires santé ou par des dispositifs d'accompagnement financier tels que l'APA ou la PCH.

d. Poignée de sortie de lit.

1. Caractéristiques générales.

Les poignées de sortie de lit permettent de faciliter le redressement de la position allongée à la position assise ainsi que le passage à la position debout. Constituées d'un cadre métallique coudé, elle sont à glisser sous le matelas et sont ainsi compatibles avec un lit traditionnel mais aussi avec un lit médicalisé.



Figure 14: Poignée de sortie de lit

2. Contexte d'utilisation optimale.

Bien que compatibles avec un lit médicalisé, les poignées de sortie de lit trouvent principalement leur intérêt quand elles sont placées sur un lit traditionnel. En effet, le lit médicalisé étant le plus souvent équipé d'une potence, celle-ci rend superflue l'utilisation de la poignée. Elle permet en revanche de grandement sécuriser la sortie du lit traditionnel en fournissant un point d'appui solide à l'utilisateur.

3. Prise en charge.

Les poignées de sortie de lit n'étant pas inscrites à la LPPR, elles ne peuvent par conséquent être remboursés par la sécurité sociale. Les frais liés à leur acquisition peuvent néanmoins être pris en charge par certaines complémentaires santé ou par des dispositifs d'accompagnement financier tels que l'APA ou la PCH.

e. Coussins d'aide au positionnement.

1. Caractéristiques générales.

Les coussins d'aide au positionnement sont des coussins aux formes variées composés de micro-billes recouvertes d'un revêtement textile évitant les frottements irritants et la macération. Ils ont pour but de permettre de maintenir le patient dans une position donnée afin d'une part, éviter des mouvements pouvant entraîner ou aggraver des lésions, et d'autre part prévenir du risque d'escarres.

Il existe trois types de coussins de positionnement. Les coussins de positionnement standard sont destinés à pouvoir être utilisés seuls pour maintenir le patient en position. Les coussins de positionnement base et les plots sont quant à eux destinés à être utilisés conjointement pour assurer le maintien en position du patient. On retrouvera les différents coussins de positionnement en fonction de leur type dans le tableau ci-dessous.

Type.	Coussin.	Champ d'utilisation
Standard	Cale de positionnement latéral.	Positionner semi-latéralement à 30°.
	Coussin d'abduction des hanches.	Limiter le retournement.
	Coussin 1/2 lune.	Prévenir d'escarres sacrés.
Base	Coussin universel.	Éviter les positions vicieuses inférieures. Limiter la friction aux genoux et mollets. Caler le patient en décubitus latéral.

	Coussin cylindrique	Soulager les douleurs facettaires. Réduire le creux lombaire. Maintenir les membres inférieurs en abduction.
Plot	Coussin 1/2 bouée.	Maintenir l'abduction des genoux.
	Coussin circulaire.	Maintenir l'abduction. Limiter les points de contact des genoux.
	Cale de positionnement main.	Assurer le calage de la main et de l'avant-bras.
	Cale de positionnement pied.	Assurer le calage du pied. Permettre une décharge talonnière.

Tableau 6: Coussins de positionnement par types et leurs champs d'application.

2. Prise en charge.

Les coussins d'aide au positionnement étant inscrits à la LPPR, ils peuvent prétendre à une prise en charge par l'assurance maladie sur la base d'une ordonnance établie par un médecin habilité à prescrire et ce avec un renouvellement possible tous les 2 ans. Les coussins sont pris en charge selon les montants suivant :

Type de coussin	Montant LPPR
Coussin de série de positionnement standard	173,79€
Coussin de série de positionnement modulaire, base	129,58€
Coussin de série de positionnement modulaire, plot	41,16€

Tableau 7: Montants de prise en charge des coussins de positionnement.

On notera que la prise en charge d'une base de coussin modulaire ne peut être effectuée sans la prescription d'au moins un plot et que réciproquement, un plot ne peut être pris en charge sans la prescription d'une base. La prise en charge des plots est possible dans la limite de quatre plots maximum.

2. Les aides au déplacement.

A. Cannes.

a. Caractéristiques générales.

Les cannes sont des dispositifs d'aide au déplacement qui ont pour but soit d'apporter un appui supplémentaire pour soutenir un membre inférieur affaibli ou instable, soit de suppléer complètement à l'usage d'un membre inférieur soit d'apporter un appui rassurant face à une peur de la chute. Il en existe de nombreux types différents.

On pourra ainsi les catégoriser par type d'appui. Ainsi, la canne dite « en T », la canne anglaise, la canne tripode et la canne quadripode ont toutes pour point d'appui la main opposée à la jambe faible, on parle de canne palmaire, alors que la canne antébrachiale reposera sur l'avant-bras et la béquille sur l'aisselle.

Parmi les cannes palmaires, on pourra aussi distinguer les cannes à poignée en crosse ou à col de cygne, en T ou à poignée dite ergonomique. On pourra enfin les distinguer en fonction de leur matière, la plupart d'entre elles étant en aluminium, on pourra aussi en trouver en bois ou en fibre de carbone.

b. Avantages et inconvénients.

Les cannes ont pour intérêt commun d'être des dispositifs assez peu encombrants, légers et assez intuitifs d'utilisation. Exception faite des cannes tripodes et quadripodes, elles ne sont pas très stables à l'utilisation et ont facilement tendance à tomber lorsqu'elles sont posées verticalement ce qui peut représenter un risque de chute par basculement vers l'avant pour les ramasser.

Les cannes anglaises, antébrachiales et les béquilles présentent quant à elles l'avantage de répartir l'appui sur d'autres zones des membres supérieurs ce qui permet d'une part une plus grande stabilité à l'utilisation et d'autre part de réduire les douleurs pouvant être causées par un appui excessif sur la paume, surtout en cas de pathologies sous-jacente de la main telle qu'une tendinite ou de l'arthrose. Dans une moindre mesure, les cannes palmaires à poignée ergonomique réduisent elles aussi ces douleurs en augmentant la surface d'appui palmaire.

c. Optimisation de la délivrance et conseil.

Lors de la délivrance d'une canne, il sera primordial de s'assurer dans un premier temps que le patient présente un tonus des membres supérieurs suffisant. Il sera par ailleurs utile de connaître son poids pour s'assurer que les modèles proposés le supporte.

Concernant le réglage en hauteur de la canne, il conviendra de s'assurer que la poignée soit à hauteur de l'aine du patient. Cela permettra ainsi de s'assurer que le bras du patient est légèrement fléchi, lui permettant ainsi de pouvoir compenser les irrégularités du terrain.

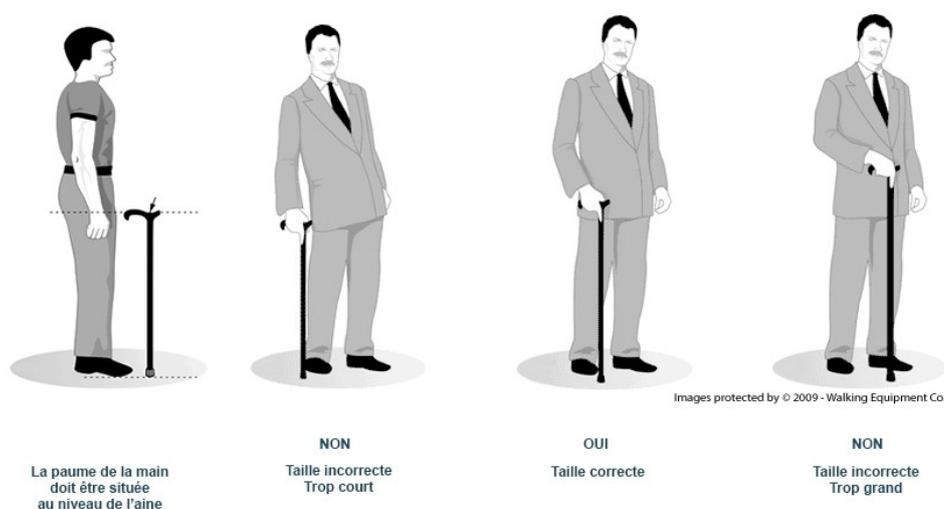


Figure 15: Source : Cannes Fayet : Réglage adapté de la longueur d'une canne

Les embouts de canne sont particulièrement importants car ils assurent l'interface entre la canne et le sol. Il en existe de différents types avec leurs avantages et inconvénients comme le montre le tableau ci-dessous.

Type d'embout	Avantages	Inconvénients
<p><u>Embout standard</u></p> 	<p>Modèle de base, le plus économique. Il équipe les cannes de série.</p>	<p>Pas de flexibilité, donc moins stable sur terrain accidenté.</p>
<p><u>Embout Optiflex® : HMS-Vilgo®.</u></p> 	<p>Beaucoup plus souple, il épouse les reliefs du terrain. Améliore la stabilité.</p>	<p>Plus cher que l'embout standard. Ne permet pas de garder la canne debout. Sur une longue période, le pivot peut se craquer.</p>
<p><u>Embout stabilisateur</u></p> 	<p>Grande surface d'appui améliorant d'autant la stabilité. Permet de garder la canne debout.</p>	<p>Le plus cher des trois. La largeur de la base peut parfois amener le pied de l'utilisateur à buter dedans. Risque de glissement lors de l'appui en bordure de marche ou de trottoir.</p>

Tableau 8: Tableau comparatif des types d'embouts de cannes

Les embouts étant des pièces d'usure, il arrive régulièrement que le caoutchouc soit usé au point de voir la rondelle métallique servant de base à l'embout. Dans ces cas, la canne perdra toute adhérence au sol, en particulier sur des sols lisses ou mouillés présentant alors un risque important de chute de l'utilisateur. Il faudra inciter l'utilisateur à contrôler régulièrement les embouts des cannes et ne pas hésiter à les contrôler soi-même lors de passages au domicile du patient ou lors des passages du patient à la pharmacie.

d. Prise en charge.

De nombreux modèles et types de cannes étant inscrits à la LPPR, elles peuvent prétendre à une prise en charge par la sécurité sociale ainsi que par les organismes de complémentaire santé sur prescription d'un médecin généraliste ou spécialiste ou encore d'un masseur-kinésithérapeute. Le prix maximal des cannes n'étant cependant pas limité, un dépassement restant à la charge du patient est possible. Dans ce cas, le patient peut régler le reste à charge, et éventuellement demander une prise en charge supplémentaire *a posteriori* par sa complémentaire santé ou l'intégrer dans la prise au charge au titre de l'APA le cas échéant.

Les montants correspondants à la LPPR des cannes sont les suivants :

Type de canne :	Montant LPP :
Canne en bois verni.	6,10€
Canne métallique réglable pliante ou non, à poignée en T.	12,20€
Canne tripode ou quadripode, réglable en hauteur.	12,65€
Canne anglaise.	12,20€
Béquilles d'aisselles réglables, la paire.	18,29€

Tableau 9: Liste et montants de prise en charge des cannes au titre de la LPPR

Il est à noter que la prise en charge des différentes cannes n'est possible qu'à l'achat, aucun montant n'étant prévu dans le cas d'une location. La prise en charge de cannes est soumise à une prescription médicale conforme et peut être assurée dans la limite de deux cannes pour la durée de garantie légale de conformité de 2 ans. Les embouts de cannes ne peuvent être remboursés par la sécurité sociale et ce quel que soit leur type.

B. Déambulateurs.

a. Caractéristiques générales.

Le déambulateur est une aide technique constituée d'un cadre métallique le plus souvent en acier ou en aluminium pour l'alléger, reposant sur 3 ou 4 pieds, pliant ou non, pouvant être muni de 2, 3, 4 ou d'aucune roue et réglable en hauteur. Il fournit un appui stable en permanence.

Il permet de sécuriser les déplacements, d'apporter une aide à l'équilibre, de soulager la fatigue des membres inférieurs, de redresser le dos lors de la déambulation, et peut aussi servir d'aide au lever.

b. Les différents types de déambulateurs.

1. Le cadre de marche.

Aussi appelé déambulateur sans roues, il est le plus souvent fait en tubes d'aluminium pour garantir une légèreté au dispositif. En effet, celui-ci étant dépourvu de roues, il est nécessaire de le soulever pour le manipuler.

Il est de moins en moins utilisé et remplacé progressivement par des modèles à roues mais conserve cependant un intérêt pour les personnes ayant tendance à pousser systématiquement l'aide technique devant elles.

Bien qu'apportant une grande stabilité à son utilisateur, le fait de devoir soulever le déambulateur à chaque pas peut apporter une fatigue excessive et ce type de déambulateur est donc plus indiqué pour des déplacements en intérieur ou en extérieur sur de très courtes distances.

Il existe des modèles pliants, pour faciliter leur stockage ainsi que leur transport ou encore des modèles à quatre poignées, deux d'entre elles étant à la hauteur d'utilisation lors de la marche et les deux autres situées plus bas pour permettre un appui stable lors de la verticalisation.



Figure 16: Cadres de marches à 2 et 4 poignées.

2. Le déambulateur à 2 roues.

Le déambulateur à 2 roues reprend les principes de base du cadre de marche en y ajoutant 2 roues libres et non orientables à l'avant. Cela présente comme intérêt de limiter le soulèvement du dispositif et ainsi de réduire la fatigue consécutive à son utilisation. Le déambulateur 2 roues étant équipé de 2 pieds fixes, il ne possède pas de freins. Contrairement au cadre de marche, il est le plus souvent équipé d'une assise et peut-être plié.

Il est globalement plus adapté à un usage sur de courtes distances et est donc dans ce contexte indiqué pour une utilisation en intérieur principalement.



Figure 17: Déambulateur à 2 roues.

3. Le déambulateur à 3 roues.

Reposant sur trois roues, ce type de déambulateur est beaucoup plus maniable et moins fatiguant à l'utilisation que les modèles reposant partiellement ou totalement sur des pieds.

Il est toujours équipé de freins permettant de bloquer les 2 roues arrière, la roue avant étant pivotante, avec en général un verrouillage possible des freins afin de pouvoir bloquer le déambulateur sans avoir besoin de maintenir une pression sur les poignées de frein. Dans la grande majorité des cas, tirer les poignées permet de freiner ponctuellement et le pousser permet de bloquer le frein en position "parking".

Grace à sa base triangulaire, ce type de déambulateur est particulièrement maniable, surtout dans des espaces réduits. Il reste néanmoins adapté à un usage en extérieur, surtout pour les modèles avec de grandes roues permettant le passage aisé de bordures. Il est en revanche moins stable que les modèles à quatre points d'appui et aura une tendance plus marquée au "guidonnage", qui est un phénomène de louvoiement de l'avant du déambulateur lors de la marche.

En plus de ces caractéristiques de base, on trouvera de nombreuses variantes et options possibles sur ce type de dispositif. Ainsi, là où les modèles de base sont en acier, on en trouvera en aluminium afin de réduire leur poids et de faciliter ainsi leur utilisation. On trouvera aussi fréquemment des paniers, sacs ou plateaux permettant ainsi de faciliter le transport d'objets en plus de la manipulation du déambulateur.



Figure 18: Déambulateur à 3 roues.

4. Le déambulateur à 4 roues.

Souvent aussi appelé rollator, le déambulateur à 4 roues est le type de déambulateur le plus souvent délivré. Équipé de deux roues avant libres et pivotantes et de deux roues arrières fixes, c'est sur ces dernières qu'agissent les freins comme pour le modèle à trois roues. Généralement monté sur des roues de grand diamètre, il est particulièrement adapté à un usage extérieur, sa largeur pouvant par ailleurs limiter son usage intérieur, en particulier le passage de portes.

Il en existe de très nombreux modèles présentant tous une variété d'options parmi lesquelles on peut citer la présence d'une assise, d'un porte plateau, d'un panier ou encore d'un cabas à la manière d'un chariot de courses. On notera aussi la diversité des matériaux possibles. En effet, la plupart des déambulateurs à 4 roues étant en acier, il en existe néanmoins en aluminium, voire même en fibre de carbone.

Concernant les systèmes de freinage, la plupart de ces déambulateurs sont équipés de deux poignées de frein à deux actions, tirer les poignées permettant un freinage transitoire de type vélo et les pousser permettant de passer en mode « frein parking ». Il existe malgré tout d'autres systèmes de freinage, tel que le système de barre courant sur la largeur du déambulateur et actionnant les deux freins en même temps. Ce système permet de freiner le déambulateur à l'aide d'une seule main, ce qui s'avère particulièrement pratique pour les personnes présentant par exemple une arthrose déformante d'une main. Il existe aussi le système de freinage automatique qui permet de déclencher le freinage des roues par pression sur les poignées lors de l'arrêt de la déambulation ou lors d'un déséquilibre.

On notera aussi que ce type de déambulateur peut être pliable et ce à différent niveaux. Ainsi, la plupart d'entre eux présentent un seul point de pliage permettant de rapprocher les roues avant des roues arrières, réduisant ainsi la longueur totale du dispositif. D'autres modèles présentent la possibilité d'un pliage sur deux axes, à la manière d'une poussette canne, permettant ainsi une forme repliée beaucoup plus compacte particulièrement adaptée au stockage dans le coffre d'une voiture.



Figure 19: Différents niveaux de pliage des déambulateurs à 4 roues.

Enfin, on notera parmi tous ces modèles l'existence d'un déambulateur à 4 roues équipé d'une assise à laquelle s'ajoutent des repose-pieds permettant aussi d'assurer une fonction de fauteuil de transfert. Le code LPP de ce modèle étant celui d'un déambulateur, il n'exclut pas la délivrance d'un fauteuil roulant à la différence d'une chaise de transfert standard.



Figure 20: Déambulateur à 4 roues avec fonction transfert.

c. Optimisation de la délivrance.

Lors de la délivrance d'un déambulateur, il sera primordial de s'intéresser au type d'usage qui sera fait du dispositif ainsi qu'à la démarche générale de l'utilisateur. Le tableau ci-dessous reprend ainsi les déambulateurs les plus adaptés à chacun de ces cas.

Déambulateur	Usage le plus adapté
Cadre de marche.	- Personne poussant systématiquement l'aide technique en avant. - Usage sur de très courtes distances en intérieur.
Déambulateur à 2 roues.	- Usage en intérieur.
Déambulateur à 3 roues.	- Usage en intérieur et en extérieur. - Personne n'ayant pas besoin de s'asseoir régulièrement.
Déambulateur à 4 roues.	- Usage majoritairement en extérieur. - Personne ayant besoin de s'asseoir régulièrement.
Déambulateur à 4 roues avec fonction transfert.	- Personne capable de déambuler mais avec une grande fatigabilité. - Personne équipée d'un fauteuil roulant mais ayant besoin d'un déambulateur ponctuellement.

Tableau 10: Usage le plus adapté des différents types de déambulateurs.

Par ailleurs, il faudra s'assurer de connaître le poids de l'utilisateur afin de lui fournir un modèle à même de le supporter. Pour les patients ayant un poids élevé, il existe pour les cadres de marche ainsi que pour les déambulateurs à 2 et 4 roues des modèles renforcés dits « Fortissimo ».

Il faudra, une fois le modèle choisi procéder au réglage en hauteur du déambulateur avec le patient, le réglage idéal étant le même que pour la canne de marche.

Pour les modèles à 3 et 4 roues, il faudra s'assurer que le patient a bien compris les modalités de freinage, et pour les modèles à 4 roues, il faudra s'assurer que le patient a bien compris l'importance du blocage des freins en mode « parking » avant de s'asseoir sur le déambulateur.

Enfin, comme pour les cannes de marche, il faudra s'assurer régulièrement de l'état d'usure des embouts en contact avec le sol pour les cadres de marche ainsi que pour les déambulateurs à 2 roues.

d. Prise en charge.

Les déambulateurs étant inscrits à la LPPR, ils peuvent prétendre à une prise en charge par l'assurance maladie sur la base d'une prescription établie par un médecin prescripteur ou par un masseur-kinésithérapeute. Les montants de prise en charge pour les déambulateurs sont les mêmes pour tous les types de déambulateurs soit 53,81€ à l'achat, 2,21€ par semaine les 26 premières semaines de location et 1,34€ par semaine pour les semaines de location suivantes. Un dépassement étant possible, une prise en charge par les dispositifs d'aide ou par une complémentaire santé peut être demandée par le patient.

C. Fauteuils roulants manuels.

a. Caractéristiques générales.

Le fauteuil roulant à propulsion manuelle ou plus simplement fauteuil roulant manuel est un dispositif constitué d'une assise de dimensions et de hauteur variables, d'un dossier fixe ou inclinable, de deux petites roues avant mobiles, de deux grandes roues arrière et d'un système de freinage. Il peut être en acier, en acier dit léger, c'est-à-dire avec des tubulures plus fines, ou encore en aluminium. Il peut être pliant ou non.

De manière générale on distingue trois types de fauteuils roulants. Le fauteuil actif est le type de modèle le plus léger et maniable. Il est indiqué pour les personnes se déplaçant beaucoup quotidiennement et ayant un bon tonus musculaire de la partie supérieure du corps. Il nécessite en revanche une bonne maîtrise car il est

moins stable que les autres. Le fauteuil roulant standard est le type de modèle le plus courant. Plus lourd, moins maniable mais aussi beaucoup plus stable et robuste que le fauteuil actif, il est indiqué pour les personnes ayant un usage quotidien sur de courtes distances ou pour un usage occasionnel. Enfin le fauteuil de confort est le type de modèle le plus lourd et le moins maniable mais le plus confortable.

Il est indiqué pour les personnes présentant un fort manque de tonus musculaire du tronc et des bras et passant de longues heures dans leur fauteuil roulant. Les différents réglages d'assises et de dossiers de ce type de modèle permettent de réduire le risque de formation d'escarres.



Figure 21: Fauteuil actif.



Figure 22: Fauteuil standard.



Figure 23: Fauteuil confort.

En plus de ces différents modèles de fauteuils, il existe un grand panel d'options permettant d'adapter encore un peu plus le fauteuil à son utilisateur. On peut classer ces différentes options en catégories qui sont les options de mobilité, les options de positionnement et les options de confort.

Concernant les options de mobilité, on notera l'existence de systèmes à double main courante. Ce système permet par la présence de deux mains courantes sur la même roue de pouvoir actionner séparément ou simultanément chaque roue à l'aide d'une seule main. Il existe aussi dans cette catégorie d'option le système de propulsion par levier pendulaire qui permet par une action de pompage sur un levier de faire avancer ou reculer le fauteuil et par une rotation de ce même levier de le diriger. Enfin, il est possible d'utiliser un seul ou les deux pieds afin de déplacer le fauteuil par propulsion podale.

Concernant les options de positionnement, il existe des repose-pieds rabattables et amovibles, présents sur une grande partie des fauteuils. Il existe aussi des repose-jambes, eux aussi inclinables et amovibles permettant de maintenir la jambe surélevée. On pourra aussi proposer des appui-têtes pour les patients présentant un tonus cervical réduit. Enfin, il existe des sangles abdominales ou pelviennes, avec ou sans bretelles, permettant d'éviter de glisser hors du fauteuil.

Enfin, concernant les options de confort, il existe des coussins gouttières à placer sur les accoudoirs afin de positionner l'avant-bras en position de repos et des tablettes amovibles adaptées à une utilisation en intérieur. Il existe aussi des

accoudoirs escamotables qui peuvent être enlevés afin de faciliter l'accès aux mains courantes lors du déplacement.

b. Choix du modèle et réglages.

Concernant le choix du modèle de fauteuil roulant et son réglage, de très nombreux paramètres sont à prendre en compte.

Dans un premier temps, il s'agira de choisir le type de fauteuil en fonction de l'utilisation qu'en fera le patient. Ainsi, pour un patient se déplaçant beaucoup dans la journée, on optera pour un fauteuil actif, pour un patient ayant un bon tonus et une utilisation moindre du fauteuil on privilégiera un fauteuil standard et enfin pour un patient très affaibli ou restant de longues heures au fauteuil on choisira un fauteuil confort.

Dans un second temps, on s'intéressera aux caractéristiques physiques du patient. On pourra ainsi choisir les dimensions du fauteuil en fonction du poids et de la taille du patient. Il sera primordial dans ce choix de dimensions de prendre en compte le recours à un coussin ainsi qu'à un éventuel dossier afin que le fauteuil soit adapté à ces derniers. On pourra retenir que la largeur d'assise idéale correspond en général à la largeur du patient assis à laquelle on ajoute l'épaisseur de ses paumes de mains afin d'éviter que ses hanches soient compressées par le fauteuil tout en assurant un bon maintien latéral.

Dans un troisième temps, on pourra procéder aux réglages du fauteuil avec le patient. En effet, une fois la largeur d'assise choisie comme expliquée précédemment, quatre autres réglages sont possibles. On réglera d'abord la profondeur de l'assise de manière à ce que les cuisses soient intégralement supportées par l'assise en ménageant cependant un espace de quelques centimètres avant le pli du genou afin d'éviter de blesser cette zone. On réglera ensuite la hauteur d'assise. Celle-ci doit permettre au patient de pouvoir placer ses jambes sous une table tout en ménageant une hauteur des repose-pieds suffisante pour ne pas buter dans d'éventuels obstacles. On notera qu'il sera nécessaire de baisser l'assise dans le cas des patients ayant recours à la traction podale. Une fois l'assise réglée, on réglera la hauteur du dossier. Pour une personne de taille standard avec un bon maintien du buste, une hauteur de 40cm est généralement adaptée, mais on prendra soin de l'adapter si le patient est plus grand ou plus petit ou encore pour accommoder la fixation d'un dossier. Enfin, on pourra régler la position des roues arrières. Plus ces dernières seront positionnées en arrière, plus le fauteuil sera stable et les transferts facilités, mais plus le déplacement demandera d'efforts et forcera sur les articulations des épaules. À l'inverse, plus elles seront positionnées en avant, plus le déplacement sera facilité mais au détriment de l'équilibre du fauteuil.

Enfin, on ajoutera et on réglera les différentes options afin de finir d'adapter le fauteuil à son utilisateur.

c. Optimisation de la délivrance.

Lors de la délivrance d'un fauteuil roulant manuel à un patient, et après avoir choisi avec ce dernier le modèle et effectué les réglages nécessaires, il sera intéressant de se renseigner sur les besoins du patient concernant l'adaptation de son domicile à l'utilisation du fauteuil. On pourra ainsi lui proposer au besoin des rampes d'accès afin de passer un seuil de maison, une planche de transfert, un verticalisateur ou un lève personne afin de réaliser les transferts ou encore des systèmes de rampes d'accès télescopiques permettant l'accès à un véhicule.

On prendra aussi soin d'expliquer au patient la nécessité de bloquer les freins du fauteuil en mode « parking » lors de tout transfert en dehors du fauteuil ou vers celui-ci.

d. Prise en charge.

Les fauteuils roulants manuels étant inscrits à la LPPR, leur prise en charge est possible par la sécurité sociale et ce à la location ainsi qu'à l'achat si nécessaire. Les montants de prise en charge sont les suivants :

		≤ 52 semaines	> 52 semaines
Location d'un fauteuil roulant	Standard avec 1 accessoire	16,45€	10,12€
	Standard avec 2 accessoires	21,30€	13,07€
	Standard avec plus de 2 accessoires	25,51€	15,60€
	De confort avec plus de 2 accessoires	25,51€	15,60€
Forfait de livraison		17,68€	
		Achat	
Achat d'un fauteuil roulant	Avec dossier fixe	603,65€	
	Avec dossier inclinable	558,99€	

Tableau 11: Prise en charge de la location et de l'achat des fauteuils roulants manuels

On notera par ailleurs que la prise en charge de la location d'un fauteuil roulant standard sur présentation d'une ordonnance d'un masseur-kinésithérapeute est possible pour une durée inférieure à trois mois.

Le renouvellement d'un fauteuil roulant à l'achat est possible tous les 2 ans.

D. Fauteuil de transfert.

a. Caractéristiques générales.

Les fauteuils de transferts sont des dispositifs destinés à assurer les déplacements des patients ne pouvant se tenir debout et déambuler seuls. Étant équipés de petites roues, ils ne peuvent permettre au patient de se déplacer seul par propulsion manuelle et sont destinés à être poussés par un soignant ou un aidant. On trouve sur ces fauteuils des systèmes de freinage pour la tierce-personne poussant le fauteuil qui sont le plus souvent absents des fauteuils roulants manuels avec lesquels ils partagent de nombreuses caractéristiques. Souvent plus légers que les fauteuils roulants manuels, ils sont pliants et faciles à transporter.



Figure 24: Fauteuil de transfert.

b. Avantages et inconvénients.

En comparaison aux fauteuils roulants manuels, les fauteuils de transferts présentent certains avantages. Ils sont plus légers, maniables et compacts, en particulier en termes de largeurs car leurs roues arrières sont situées sous l'assise et non pas en débord latéral. À ce titre ils sont plus adaptés à un usage en intérieur car ils permettent de passer plus facilement des encadrements de portes standards là où les fauteuils roulant manuels nécessitent la plupart du temps un domicile adapté équipé de portes prévues pour le passage d'un VPH.

Les fauteuils de transfert présentant cependant des inconvénients comparés aux fauteuils roulants manuels. En effet l'absence de possibilité de déplacement autonome par propulsion manuelle accroît la dépendance de l'utilisateur. Par ailleurs,

les roues équipant les fauteuils de transfert étant plus petites, ils sont moins adaptés à un usage en extérieur, en particulier lors du franchissement d'obstacles tels que des bordures. Enfin, leurs assises fixes et leurs dossiers non inclinables les rendent inadaptés à une station assise prolongée.

c. Contexte d'utilisation optimale.

Lors de la délivrance d'un fauteuil de transfert, il faudra dans un premier temps prendre en compte la taille et le poids du patient afin de lui fournir un modèle adapté à ces caractéristiques. Il faudra aussi prendre en compte l'éventuelle mise en place d'un coussin de prévention des escarres car ce dernier fera évoluer la hauteur de buste du patient et par conséquent la hauteur de dossier nécessaire.

Par ailleurs, il faudra régler convenablement les repose-pieds et s'assurer au besoin que le patient soit capable de les escamoter lui-même en particulier si ce dernier est amené à effectuer de courts déplacements par traction des pieds sur le sol.

Enfin, on rappellera au patient la nécessité absolue de vérifier que les freins sont bien mis en position parking lors de l'installation et la sortie du fauteuil afin d'éviter des chutes.

d. Prise en charge.

Les fauteuils de transfert étant inscrits à la LPPR, ils peuvent prétendre à une prise en charge par la sécurité sociale à hauteur de 356,94€. Leur prix n'étant pas réglementé, un dépassement à la charge du patient est possible. Il pourra éventuellement être pris en charge par une complémentaire santé ou par un dispositif tel que l'APA ou la PCH.

Le renouvellement des fauteuils de transfert est possible tous les deux ans.

E. Fauteuils à pousser.

a. Caractéristiques générales.

Le fauteuil à pousser est un dispositif d'apparence très proche du siège coquille. Il se distingue néanmoins de ce dernier sur le plan technique par son aspect moins englobant et sur le plan de la nomenclature LPPR par sa classification en tant que VPH. Comme le siège coquille, il est inclinable et cette inclinaison peut être régie par un vérin pneumatique ou plus souvent électrique. Il est indiqué pour les personnes dans l'incapacité de marcher et de se propulser d'elles-mêmes.



Figure 25: Fauteuil à pousser électrique.

b. Avantages et inconvénients.

En tant que VPH destiné aux personnes incapables de se propulser, le fauteuil à pousser présente l'avantage d'être plus confortable qu'un fauteuil roulant classique ou qu'un fauteuil de transfert. Il présente aussi l'avantage d'avoir un spectre d'indications permettant sa prise en charge plus grande que le siège coquille. Il présente cependant plusieurs inconvénients. En effet, étant plus lourd, moins maniable et équipé de plus petites roues qu'un fauteuil de transfert ou qu'un fauteuil roulant, son usage est exclusivement réservé à l'intérieur. De plus, son statut de VPH exclut la prise en charge de tout autre dispositif ayant ce statut.

c. Optimisation de la délivrance.

Tout comme pour le siège coquille, on prendra soin de s'assurer lors de la mise en place d'un fauteuil à pousser équipé de vérins électriques de la proximité d'une prise électrique. On pourra aussi proposer la mise en place d'un système de transfert afin de faciliter les passages du fauteuil au lit ou de faciliter la toilette.

d. Prise en charge.

Les fauteuils à pousser étant inscrits à la LPPR, ils peuvent prétendre à une prise en charge par la sécurité sociale à hauteur de 403,50€. Leur prix n'étant pas réglementé, un dépassement à la charge du patient est possible. Il pourra éventuellement être pris en charge par une complémentaire santé ou par un dispositif tel que l'APA ou la PCH.

Le renouvellement des fauteuils à pousser est possible tous les cinq ans.

F. Coussins de prévention des escarres.

a. Caractéristiques générales.

Les coussins de prévention des escarres sont des dispositifs destinés à réduire le risque de survenue d'escarres chez les patients amenés à rester en position assise pendant une longue période. En effet, c'est en position assise que le risque de survenue d'escarre sacrée est le plus important car dans cette position la zone sacrée supporte 73 % du poids du corps contre 20 à 30 % lorsque le patient est allongé(31).

Il existe plusieurs types de coussins de prévention des escarres. On peut ainsi distinguer les coussins en gel ou en mousse visco-élastique et les coussins à air mono ou poly-compartmentés.



Figure 27: Coussin en mousse visco-élastique.



Figure 26: Coussin à cellules d'air poly-compartmenté.

b. Contexte d'utilisation optimale.

Lorsqu'un patient aura besoin d'un coussin de prévention des escarres, il faudra dans un premier temps déterminer le risque d'escarres du patient. On pourra pour cela se référer à l'échelle de Norton évoquée précédemment. Tous les coussins étant indiqués pour les patients assis plus de dix heures par jour, pour les patients présentant un antécédent d'escarre ou pour les patients présentant un score de Norton inférieur ou égal à 14, on privilégiera malgré tout les coussins à air pour les patients présentant le risque le plus élevé.

Une fois le type de coussin déterminé, il faudra choisir les dimensions du coussin en fonction de la taille de l'assise du siège auquel il est dédié. Il faudra en effet choisir les dimensions les plus proches de l'assise pour éviter un glissement latéral du patient.

c. Prise en charge.

Les coussins de prévention des escarres peuvent être pris en charge par la sécurité sociale sur prescription d'un médecin. Leur renouvellement est possible tous les trois ans. Les montants de prise en charge de ces coussins sont les suivants :

Type de coussin	Montant LPPR
Coussin visco-élastique standard classe II	69€
Coussin visco-élastique standard classe II largeur < 38cm	81€
Coussin visco-élastique standard classe II largeur > 45cm	81€
Coussin pneumatique classe II polyair	184,50€

Tableau 12: Montants de prise en charge des coussins anti-escarres.

G. Disques de transfert.

a. Caractéristiques générales.

Les disques de transfert sont des dispositifs composés de deux disques pivotants l'un sur l'autre. On en distingue deux types ; les disques de transfert debout, utilisés pour faire pivoter le patient lors d'un transfert d'un lit au fauteuil par exemple, et les disques de transfert assis, servant à pivoter pour faciliter la sortie d'une table par exemple. Le disque de transfert peut ainsi être utilisé dans le cadre d'un transfert assisté ou par le patient lui-même, en autonomie.

Ils présentent des surfaces antidérapantes afin d'éviter les risques de glissement lors de l'utilisation. Ils peuvent être équipés d'une poignée pour en faciliter la préhension et le déplacement entre les utilisations.

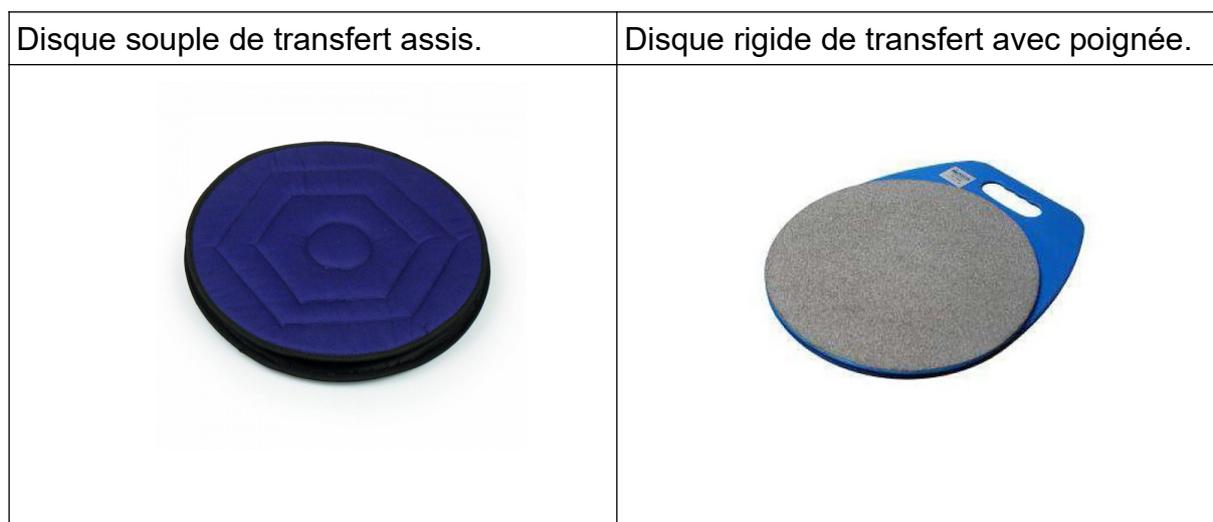


Figure 28: Disques de transferts assis et debout.

b. Contexte d'utilisation optimale.

Concernant le disque de transfert assis, il peut être utilisé par le patient autonome afin de faciliter le relevage en sortie de table mais il trouve aussi une utilité toute particulière lors de l'installation et de la sortie de voitures, qui sont fréquemment des situations compliquées pour le patient ainsi que pour ses aidants. Dans ce contexte, il peut parfois permettre au patient de retrouver une mobilité à l'extérieur de son domicile et lui permettre de pouvoir faire ses courses ou se rendre plus facilement à des rendez-vous médicaux. Cela peut donc participer à maintenir une certaine autonomie tout en réduisant le risque de rupture de lien social du patient.

Concernant le disque de transfert debout, il permettra principalement de soulager les soignants ou les aidants lors des transferts, tout en sécurisant le patient. Il sera primordial de s'assurer que les aidants amenés à utiliser ce matériel sont bien formés à son utilisation. On pourra ainsi trouver de nombreuses ressources vidéo à leur montrer dans un premier temps (32), et dans un second temps vérifier que ces informations ont bien été acquises et sont correctement utilisées. Pour cela on pourra soit se rendre au domicile du patient pour assister à un transfert et corriger d'éventuelles erreurs d'utilisation ou contacter le cas échéant l'infirmier ou l'infirmière du patient afin qu'il puisse s'en assurer et aussi à fin de l'informer de l'acquisition du dispositif par le patient.

c. Prise en charge.

Les disques de transfert n'étant pas inscrits à la LPPR, ils ne peuvent par conséquent être remboursés par la sécurité sociale. Les frais liés à leur acquisition peuvent néanmoins être pris en charge par certaines complémentaires santé ou par des dispositifs d'accompagnement financier tels que l'APA ou la PCH.

3. Autour de la salle de bain.

A. Tabouret et siège de douche.

a. Caractéristiques générales.

Les tabourets et sièges de douche sont des dispositifs destinés à pouvoir s'asseoir lors de la toilette afin de limiter le risque de chute et de faciliter la toilette pour les personnes ne pouvant rester debout longtemps.

Concernant les tabourets, on peut en trouver de nombreux modèles différents. Ils sont généralement réglables en hauteurs et peuvent être pourvus d'une assise rotative. Il existe aussi des modèles à fixer à la paroi de la douche. Ceux-ci peuvent alors être rabattables.



Figure 29: Tabouret de douche amovible.



Figure 30: Tabouret de douche rotatif.

Les sièges de douches aussi se déclinent en une grande variété de modèles. On trouvera ainsi des modèles consistant en une simple chaise à pieds réglables, mais on pourra aussi trouver des modèles associant à la fonction de chaise de douche une fonction de chaise garde-robe. Enfin, on trouvera des modèles associant les fonctions de chaise de douche, de chaise garde-robe et de fauteuil de transfert.



Figure 31: Chaise de douche standard.



Figure 32: Chaise de douche 2 fonctions.



Figure 33: Chaise de douche 3 fonctions.

b. Contexte d'utilisation optimale.

Lors de la mise en place d'un de ces dispositifs, il faudra systématiquement s'assurer du poids du patient afin de lui fournir du matériel adapté. Il faudra par ailleurs s'assurer que la cabine de douche du patient est suffisamment grande pour accueillir le dispositif.

Concernant le choix du dispositif, le tableau ci-dessous reprend les dispositifs les plus adaptés en fonction du contexte du patient.

Type de patient / Besoin identifié	Dispositif le plus adapté
Patient autonome pour la toilette mais ne pouvant rester debout longtemps	- Tabouret amovible. - Tabouret standard.
Patient autonome, ne pouvant rester debout et risquant de basculer en arrière	- Chaise de douche .
Patient assisté pour la toilette	- Tabouret à assise rotative.
Patient incontinent urinaire et/ou fécal	- Chaise avec fonction garde-robe.
Patient ne pouvant se verticaliser seul	- Chaise avec fonction transfert.

Tableau 13: Type de siège de douche en fonction du besoin du patient.

c. Prise en charge.

Les sièges de douches avec fonction garde-robe et les sièges associant les fonctions de siège de douche, de chaise garde-robe et de fauteuil de transfert peuvent bénéficier d'une prise en charge au titre de leur fonction garde-robe. Leur LPP est alors fixé à 102,62€. Tous les autres modèles de tabouret ou de siège de douche ne peuvent prétendre à une prise en charge au titre de la LPPR. Leur achat néanmoins être pris en charge par certaines complémentaires santé ou par des dispositifs d'accompagnement financier tels que l'APA ou la PCH.

B. Planche et siège de bain.

a. Caractéristiques générales.

Les planches et sièges de bain sont des dispositifs ayant pour but de permettre au patient de s'asseoir plus facilement lors de bain. Ils permettent ainsi de réduire le risque de chute par glissade dans la baignoire et de faciliter la sortie de celle-ci en évitant de forcer sur les membres supérieurs pour se relever.

On en distingue trois types. Les sièges de bains sont des sièges pivotants ou non, reposant sur les bords latéraux de la baignoire. Les planches de bain se placent

de la même manière, disposent d'une poignée d'appui et peuvent être équipées d'une assise mobile et rotative. Enfin il existe des sièges de bain électriques permettant d'abaisser et de remonter l'utilisateur pour lui permettre une immersion dans l'eau.



Figure 34: Siège de bain.



Figure 36: Planche de bain.



Figure 35: Siège de bain électrique.

b. Contexte d'utilisation optimale.

Comme pour les tabourets et sièges de douche, il faudra s'assurer du poids du patient lors de la délivrance. Par ailleurs et sera impératif de vérifier la largeur suffisante des bords de la baignoire en regard d'un mur afin d'être sûr que le dispositif ne risque pas de glisser .

Lors de la mise en place d'une planche de bain, il faudra toujours placer la poignée d'appui du côté opposé au côté par lequel l'utilisateur rentre dans la baignoire pour ne pas que la planche ne bascule lors de l'appui.

Dans les cas où le patient n'est pas autonome pour la toilette, on privilégiera une planche de bain avec une assise rotative pour faciliter l'accès de l'aidant ou du soignant au patient.

c. Prise en charge.

Les sièges et planches de bain ne disposant pas de LPP, ils ne peuvent être pris en charge par la sécurité sociale. Il est néanmoins possible de les faire financer par certaines complémentaires santé ou par des dispositifs d'accompagnement financier tels que l'APA ou la PCH.

C. Barre d'appui.

a. Caractéristiques générales.

Les barres d'appui sont des dispositifs destinés à être placés sur les parois d'une douche afin de permettre un maintien du patient lors de la toilette. Il en existe à visser et à ventouses.

Il existe aussi des systèmes d'accès de bain composés d'une barre d'appui et d'une marche afin de faciliter l'accès à une baignoire tout en permettant un appui une fois à l'intérieur de celle-ci.



Figure 39: Barre à visser.



Figure 38: Barre à ventouses.



Figure 37: Barre d'accès avec marche.

b. Contexte d'utilisation optimale.

Les barres d'appui sont des dispositifs adaptés à la douche ou à la baignoire mais peuvent aussi être conseillés pour servir de barre de redressement dans les WC. On conseillera alors les barres à visser.

Concernant les barres à visser, on s'assurera que la personne les installant a préalablement contrôlé l'intégrité du mur servant de support et que la fixation dans celui-ci est suffisamment solide.

Concernant les barres à ventouses, on insistera sur la nécessité, lors de leur installation sur une surface carrelée, de ne pas placer les ventouses à cheval sur un joint, ce qui ne permettrait alors pas un effet de succion suffisant de la ventouse. De plus, on précisera qu'il est nécessaire de les installer sur une surface propre et sèche afin de garantir une bonne adhésion de la ventouse.

Enfin, on prendra soin de préciser que les barres à ventouses sont des barres d'appui pour se soutenir et ne sont donc pas prévues pour se relever après une chute, leur capacité de maintien au mur n'étant alors pas suffisante.

c. Prise en charge.

Les barres d'appui n'étant pas inscrits à la LPPR, elles ne peuvent par conséquent être remboursés par la sécurité sociale. Les frais liés à leur acquisition peuvent néanmoins être pris en charge par certaines complémentaires santé ou par des dispositifs d'accompagnement financier tels que l'APA ou la PCH.

4. Autour de la cuisine.

A. Vaisselle.

Il existe tout un ensemble d'aides techniques autour de la prise des repas. Ces aides ont pour but de permettre la prise alimentaire autonome chez des personnes présentant des difficultés de mobilisation des membres supérieurs ou de la partie supérieure du rachis. On trouvera ainsi des couverts avec des manches plus épais pour les personnes ayant des difficultés à saisir de petits objets, par exemple dans les cas d'arthrose déformante de la main. On trouvera aussi des couverts courbés pour les personnes ayant des difficultés de mouvement du poignet. On pourra aussi proposer des assiettes à fond incliné pour les personnes ne se servant que d'une main, dans les cas d'hémiplégie par exemple. Enfin, on pourra proposer des gobelets avec découpe nasale aux personnes ayant des difficultés à pencher la tête en arrière.



Gobelet avec découpe nasale.



Assiette à fond incliné.



Fourchette à manche épais.



Fourchette à manche incliné

Figure 40: Ustensiles de cuisine.

Tous ces dispositifs ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale mais leur acquisition peut néanmoins être prise en charge par certaines complémentaires santé ou par des dispositifs d'accompagnement financier tels que l'APA ou la PCH.

B. Ouvres-boîtes et ouvres-bouteilles.

Il existe des ouvres-boîtes et ouvres-bouteilles électriques permettant aux personnes présentant un faible tonus des membres supérieurs d'ouvrir conserves et bouteilles plus facilement. Cela permet d'éviter le recours à diverses techniques plus artisanales pouvant aboutir à des blessures potentiellement graves, surtout chez les patients sous traitement anticoagulant.



Figure 41: Ouvre-boîte électrique.



Figure 42: Ouvre-bouteille électrique.

5. Aides quotidiennes.

A. Pincés de préhension.

Les pincés de préhension sont des dispositifs destinés à permettre de saisir de petits objets au sol sans avoir à se pencher. Ils permettent ainsi de prévenir des chutes par basculement en avant et à prévenir d'éventuelles hypotensions orthostatiques lors d'un redressement trop rapide. Il existe des pincés de préhension de différentes longueurs. Certaines peuvent aussi être équipées d'un aimant en bout de pince afin de pouvoir ramasser plus aisément des objets métalliques tels que des clés.



Figure 43: Pince de préhension.

Les pinces de préhension n'étant pas inscrites à la LPPR, elles ne peuvent prétendre à une prise en charge par la sécurité sociale. Elles peuvent néanmoins être prises en charge par certaines complémentaires santé ou dans certains cas par des dispositifs d'accompagnement financier.

B. Téléphones.

Il existe des téléphones fixes adaptés aux personnes âgées. Ces modèles présentent généralement peu de fonctionnalités afin de les rendre simples d'utilisation. Ils disposent aussi le plus souvent de grandes touches afin d'être plus facilement utilisables par des personnes présentant une baisse de l'acuité visuelle. Certains modèles permettent l'enregistrement de numéros en mémoire afin de contacter des proches plus aisément. Enfin, certains modèles présentent en plus du téléphone fixe un médaillon qui lui est relié et qui permet par appui sur le bouton présent sur ce médaillon de contacter directement un numéro pré-enregistré. Il s'agit alors d'une forme d'alternative aux systèmes de téléalarme qui peuvent par exemple permettre de contacter un proche en cas de chute au domicile.



Figure 44: Téléphone fixe équipé de médaillons d'appel d'urgence.

Les téléphones n'étant pas inscrits à la LPPR, ils ne peuvent prétendre à une prise en charge par la sécurité sociale. Ils peuvent néanmoins être pris en charge par certaines complémentaires santé ou dans certains cas par des dispositifs d'accompagnement financier.

6. Incontinence

A. Définition.

L'incontinence est définie par l'Institut national du cancer comme une « Perte involontaire d'urine ou de selles. Une incontinence peut être soit complète (disparition du contrôle des sphincters qui retiennent l'urine dans la vessie ou les selles dans le rectum), soit incomplète, survenant le jour (à la marche, lors d'un effort...) ou la nuit, en alternance avec un contrôle normal. »(33)

On peut par ailleurs identifier six grands types d'incontinence urinaire ou IU (34) que l'on retrouvera dans le tableau ci-dessous :

Type d'incontinence	Caractéristiques
IU fonctionnelle	Causée par un problème d'accès aux toilettes en raison de troubles de la mobilité ou de troubles cognitifs. Il s'agit d'une impossibilité d'arriver aux toilettes à temps.
IU par impériosité	Fuite urinaire généralement de faible volume accompagné d'une impériosité, c'est-à-dire d'un besoin soudain et irrépressible d'aller uriner.
IU à l'effort	Fuite urinaire associée à la réalisation d'un effort physique, de rire, d'une toux ou d'un éternuement.
IU mixte	Fuite urinaire combinant les caractéristiques de l'IU par impériosité et de l'IU à l'effort
IU par rengorgement	Perte de très faible volume d'urine de manière plus ou moins continue liée à une rétention urinaire pouvant entre autres être la résultante d'atteintes de la moelle épinière
Énurésie	Émission involontaire et incontrôlée d'urine. Lors de la survenue pendant le sommeil on parle d'énurésie nocturne.

Tableau 14: Types d'incontinences urinaires.

On distinguera aussi l'incontinence anale, qui consiste en une émission de selles ou de gaz involontaires de l'incontinence fécale qui ne consiste qu'en l'émission involontaire de selles.

L'incontinence est un problème fréquent, en particulier chez la personne âgée. L'incontinence urinaire concerne au moins 2,6 millions de personnes âgées en France(35). En réalité, on pense que cela concerne plus de personnes que cela car il s'agit d'un sujet difficile à aborder pour les patients en raison d'un sentiment de gêne

ou de honte à ce sujet. On estime que les fuites urinaires concerneraient une femme sur trois de plus de 70 ans, 7 à 8 % des hommes de plus de 65 ans et plus de 28 % des hommes de plus de 90 ans(35). L'incontinence anale est quant à elle estimée à 11 % des personnes de plus de 45ans et l'incontinence fécale à 6 % de la même population(36).

Il est important d'accompagner les patients présentant une incontinence et ce peu importe son type ou sa sévérité. En effet, l'incontinence va d'une part pouvoir accroître la fréquence de survenue d'infections et favoriser ou aggraver la survenue d'escarres mais va aussi d'autre part avoir un lourd retentissement en terme psychologique pouvant entraîner une perte d'autonomie et un isolement au domicile du patient.

B. Dispositifs.

a. Chaise garde-robe.

1. Caractéristiques générales.

La chaise garde-robe, plus communément appelée chaise percée, est un siège dont l'assise est percée et dont l'ouverture donne sur un seau. Il en existe de nombreux modèles différents. On pourra ainsi trouver des modèles ressemblant à une simple chaise avec une assise classique pouvant être rabattue sur l'assise percée, des modèles pouvant aussi servir de chaise de douche, ou encore des modèles ressemblant à un fauteuil de repos.

Les chaises garde-robe ont pour intérêt de pouvoir être placées à proximité du fauteuil de repos ou du lit afin de palier à une incontinence fécale, mais aussi aux incontinenances urinaires fonctionnelles, par impériosités et mixtes. Elles vont aussi avoir un rôle dans la prévention des chutes nocturnes chez la personne âgée en étant placées dans la chambre afin de limiter les déplacements, en particulier si le patient doit prendre les escaliers afin de se rendre aux toilettes.



Figure 45: Différents modèles de chaises garde-robe.

2. Optimisation de la délivrance.

Lors de la délivrance d'une chaise garde-robe, on prendra soin de mener un bref entretien avec le patient afin de connaître son poids et d'identifier avec lui l'endroit le plus adapté au placement du dispositif. On pourra ainsi lui proposer le modèle aux caractéristiques les plus adaptées à ces besoins. On prendra ainsi particulièrement soin de proposer un modèle discret si il est amené à être placé dans une pièce de vie dans laquelle le patient est amené à recevoir des proches.

On pourra par ailleurs proposer au patient ou aux aidants d'adjoindre à la chaise garde-robe des sacs protège-seau qui contiennent un tampon absorbant permettant l'absorption des liquides, la neutralisation des odeurs et facilitant la vidange du seau.

3. Prise en charge.

Les chaises garde-robe étant inscrites à la LPPR peuvent prétendre à une prise en charge par la sécurité sociale à hauteur d'un montant de 102,62€. Leur prix n'étant pas encadré, il est possible en fonction du modèle qu'il y est un reste à charge pour le patient qui pourra être pris en charge par certaines complémentaires santé ou par de dispositifs tels que l'APA ou la PCH. Les sacs protège-seau ne sont en revanche pas pris en charge par la sécurité sociale.

b. Cadre de toilette.

1. Caractéristiques générales.

Les cadres de toilettes sont des structures métalliques à placer autour des toilettes ou à fixer dessus et qui permettent de mettre des accoudoirs à disposition de l'utilisateur. Cela permet de faciliter le positionnement sur les toilettes et la sortie de ces derniers. En plus de sécuriser l'accès aux toilettes en réduisant le risque de chute ou de basculement vers l'avant lors de la sortie des toilettes, les cadres de toilettes permettent de rassurer leur utilisateur et de faciliter ainsi un passage plus fréquent aux toilettes permettant par la même occasion de réduire l'incontinence urinaire fonctionnelle.



Figure 46: Cadre de toilettes

2. Optimisation de la délivrance.

Lors de la délivrance et de la mise en place d'un cadre de toilette, on s'assurera que le poids de l'utilisateur est bien inférieur au poids maximal supporté par le dispositif. Par ailleurs on s'assurera qu'il y a bien la place nécessaire de part et d'autres des toilettes afin de positionner convenablement le dispositif. On s'assurera aussi que les pieds reposent bien sur une surface plane et stable afin d'éviter une chute par basculement ou glissement du dispositif. Enfin on s'assurera éventuellement en se déplaçant au domicile du patient que le dispositif est correctement monté et que les différents écrous soient suffisamment serrés.

3. Prise en charge.

Les cadres de toilettes ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale. Les frais liés à leur acquisition pourront éventuellement être couverts par une complémentaire santé ou par un dispositif tel que l'APA ou la PCH.

c. Rehausse WC

1. Caractéristiques générales.

Le rehausse WC est un dispositif destiné à être placé sur les toilettes afin de rehausser leur assise. Il en existe différents modèles avec ou sans couvercle et avec ou sans accoudoir. Il en existe de différentes hauteurs et certains modèles présentent même une possibilité de réglage de cette hauteur.

Tout comme les cadres de toilettes, les rehausse WC permettent de sécuriser le positionnement sur les toilettes et ainsi réduire les chutes et prévenir de l'incontinence urinaire fonctionnelle. Ils présentent par ailleurs l'avantage d'être plus compacts que les cadres de toilettes et sont ainsi plus aisément transportables lors de séjours en dehors du domicile.



Figure 47: Différents types de rehausse WC.

2. Optimisation de la délivrance.

Lors de la délivrance d'un rehausse WC, on prendra soin d'aider le patient à choisir la bonne hauteur de rehausse. Ainsi on considère que la hauteur idéale totale de l'assise est équivalente à la hauteur du sol jusqu'au milieu du genou de

l'utilisateur. On proposera aussi de préférence un modèle équipé d'accoudoirs afin de faciliter encore le positionnement si les toilettes ne sont pas déjà équipés de barres d'appui. Enfin on expliquera au patient qu'il est nécessaire de retirer l'abattant déjà présent sur les toilettes et de s'assurer que les différents dispositifs de fixation du rehausse WC soient correctement serrés avant de l'utiliser.

3. Prise en charge.

Comme les cadres de toilettes, les rehausse WC ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale. Les frais liés à leur acquisition pourront éventuellement être couverts par une complémentaire santé ou par un dispositif tel que l'APA ou la PCH.

d. Urinal.

1. Caractéristiques générales.

L'urinal est un dispositif constitué d'un réservoir en plastique et d'un col incliné destiné à permettre à son utilisateur de pouvoir uriner en position allongée. Il en existe différents modèles équipés ou non de couvercles ou de valves anti-reflux. Ils peuvent être gradués afin de permettre d'effectuer un suivi de la diurèse du patient. Enfin, il est important de noter que les modèles pour hommes et pour femmes diffèrent par l'extrémité du col de l'urinal qui est adapté aux différentes anatomies.

C'est un dispositif uniquement adapté aux personnes présentant une incontinence urinaire et non fécale. Il permet de palier à une incontinence urinaire fonctionnelle, par impériosité ou mixte. Il est particulièrement adapté aux personnes alitées sur de longues périodes et aux personnes en fauteuil ne pouvant effectuer de transferts aisément.



Figure 49: Urinal masculin.



Figure 48: Urinal féminin.

2. Optimisation de la délivrance.

Lors de la délivrance d'un urinal, après avoir délivré un modèle adapté au sexe du patient, on insistera sur l'importance d'un nettoyage complet du dispositif après chaque vidange afin d'éviter un risque de prolifération bactérienne pouvant amener à des infections uro-génitales. On s'assurera aussi que le patient dispose d'un support accessible pour poser l'urinal afin d'éviter une chute du lit en essayant de le prendre ou de le reposer au sol.

3. Prise en charge.

Les urinals ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale. Les frais liés à leur acquisition pourront éventuellement être couverts par une complémentaire santé ou par un dispositif tel que l'APA ou la PCH.

e. Bassin de lit.

1. Caractéristiques générales.

Les bassins de lits sont des dispositifs destinés au recueil des urines et des selles chez les personnes incontinentes urinaires, fécales ou mixtes ou pour les personnes ne pouvant effectuer de transferts. Il s'agit de bassins plats en plastiques équipés ou non de couvercles.



Figure 50: Bassin de lit.

2. Optimisation de la délivrance.

Lors de la délivrance d'un bassin de lit, on pourra proposer au patient ou aux aidants d'y adjoindre des sacs protège-bassins fonctionnant sur le même principe que les sacs protège-seau cités précédemment.

3. Prise en charge.

Les bassins de lit ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale. Les frais liés à leur acquisition pourront éventuellement être couverts par une complémentaire santé ou par un dispositif tel que l'APA ou la PCH.

f. Protections absorbantes.

En plus des différents dispositifs précédemment exposés, il existe un vaste panel de protections absorbantes destinées aux personnes incontinentes. Ces protections présentant de nombreuses déclinaisons et caractéristiques, on peut considérer qu'il en existe pour tous les types d'incontinence. Par ailleurs, les protections absorbantes sont les seuls dispositifs adaptés aux incontinenes urinaires à l'effort, par rengorgement et à l'énurésie.

Ne seront abordés ici que les grandes catégories de protections absorbantes mais il est important de noter que la majorité des fabricants décline ces grands types en plusieurs modèles dont les capacités d'absorption varient. Il faudra toujours chercher à délivrer le modèle avec la capacité d'absorption la plus faible possible tout en répondant aux besoins du patient. En effet, plus la capacité d'absorption est faible, plus la protection sera fine, légère et discrète, facilitant ainsi l'utilisation par le patient. De plus, les protections absorbantes n'étant pas prises en charge par la sécurité sociale, le fait de donner un modèle avec une plus faible absorption permettra de réduire la charge financière pesant sur le patient.

1. Incontinence urinaire légère.

L'incontinence urinaire légère, souvent qualifiée de fuites urinaires correspond aux incontinenes urinaires par impériosité, par rengorgement, à l'effort et dans certains cas mixtes. S'agissant de faibles volumes, on pourra conseiller des protections absorbantes de faible capacité d'absorption et il s'agira ici des modèles les plus discrets.

Les protections dites anatomiques sont les modèles à la plus faible capacité d'absorption. Il s'agit de protections à placer dans les sous-vêtements classiques et se déclinent en modèles pour hommes et pour femmes. Ils sont particulièrement adaptés aux personnes très mobiles. Il est par ailleurs important de rappeler aux patients que même si elles ressemblent aux protections périodiques, elles ne sont pas interchangeables car ne sont pas prévues pour absorber les mêmes fluides.



Figure 51: Protection anatomique.

Pour les personnes présentant une incontinence plus importante ou nocturne, on préférera conseiller des slips absorbants qui ont une plus grande capacité d'absorption. Ces derniers se portent comme des sous-vêtements ordinaires.



Figure 52: Slip absorbant.

On pourra aussi proposer les grandes protections anatomiques qui ont une capacité d'absorption encore plus importante. Celle-ci doivent en revanche être maintenue par des sous-vêtements de fixation spécifiques permettant un meilleur maintien que les sous-vêtements classiques.



Figure 53: Grande protection anatomique.

2. Incontinence urinaire complète.

Pour les personnes présentant une incontinence urinaire complète, on pourra conseiller pour la journée les grandes protections anatomiques citées précédemment mais avec des capacités d'absorption plus importantes que pour les incontinences légères. On proposera en réalité plus souvent des changes complets qui sont par ailleurs les plus adaptés aux personnes alitées. Dans les deux cas on cherchera une absorption supérieure à 1000mL en particulier pour la nuit.



Figure 54: Change complet.

3. Incontinence urinaire et fécale.

Pour les personnes présentant une incontinence urinaire et/ou fécale, on proposera préférentiellement des changes complets avec une grande capacité d'absorption mais on pourra éventuellement proposer des grandes protections anatomiques. On prendra soin de s'assurer dans ces deux cas que la capacité d'absorption est de 2000 à 3000mL afin de s'assurer d'une absorption suffisante en particulier pour la nuit.

III. Optimisation de la prise en charge du patient.

1. Démarche pluridisciplinaire.

A. Acteurs autour du patient.

On trouve autour de la personne âgée en perte d'autonomie un ensemble d'acteurs médicaux et paramédicaux. Chacun d'eux agissant selon une approche différente et répondant à des besoins différents du patient, il est important de prendre en compte les demandes, avis et conseils de ces acteurs.

Parmi ces acteurs on trouve le médecin traitant du patient. Habilité à prescrire toutes les aides techniques dont le patient peut être amené à avoir besoin, il est généralement un des acteurs centraux dans la coordination des autres acteurs autour du patient car c'est souvent ce dernier qui missionne les uns et les autres pour répondre aux besoins de son patient.

Les IDEL ont un rôle majeur dans la détection d'une évolution de la situation du patient de part leur contact souvent quotidien voir pluri-quotidien avec le patient. Par ailleurs, ils font partie des acteurs souvent amenés à utiliser les dispositifs présents autour du patient tels que les soulèvements-personnes ou les planches de transfert.

Les masseurs-kinésithérapeutes, en plus de leur possibilité de prescrire les dispositifs médicaux fixés sur la liste de l'Arrêté du 9 janvier 2006 publié au Journal Officiel le 13 janvier 2006 (37), ont une connaissance poussée des besoins techniques des patients en termes de type de matériel dont ils peuvent avoir besoin.

Les services de soins infirmiers à domicile, ou SSIAD, sont des structures destinées à apporter des soins infirmiers et d'hygiène aux personnes âgées en perte d'autonomie. Comme les IDEL, ils ont un contact fréquent avec le patient et sont amenés à utiliser les différents dispositifs d'aide technique présents à son domicile(38). Certains SSIAD disposent d'une équipe spécialisée Alzheimer, ou ESA, amenées à accompagner les patients atteints de la maladie d'Alzheimer à leur domicile. Elle prend en charge les personnes en début de maladie, que ce soit à des stades précoces, légers ou encore modérés et ont pour but de permettre de rester le plus longtemps possible à leur domicile. Ils interviennent sur prescription médicale pour un total de douze à quinze séances réparties sur trois mois et ces interventions peuvent être renouvelées tous les ans (39).

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile, ou SAAD ont pour objectif d'apporter une aide dans les tâches du quotidien, que ce soit pour les courses, l'hygiène, l'entretien du domicile ou encore la préparation des repas (40).

Les services d'aide à la personne, ou SAP, sont des organismes privés relevant d'une déclaration à l'État et permettant d'apporter des aides dans la vie quotidienne aux personnes en perte d'autonomie.

Enfin, les aidants familiaux font partie intégrante des acteurs intervenant autour du patient. En plus de pouvoir apporter des informations majeures sur l'évolution de l'état de santé du patient, ils sont souvent amenés à choisir avec eux les aides techniques et sont souvent amenés à les utiliser avec ou pour le patient. Il est primordial de les intégrer au parcours de soins du patient de les accompagner dans leur démarche d'aide de leur proche.

B. Dispositifs de coordination.

Jusqu'en 2022, il existait tout un ensemble de dispositifs de coordination des soins et de l'accompagnement des personnes âgées en situation de perte d'autonomie. Certains de ces dispositifs étaient destinés à l'accompagnement des professionnels de santé et d'autres destinés à l'accompagnement des patients et de leurs aidants. Afin de rendre plus lisible et facile le recours à ces dispositifs, ils ont été regroupés en juillet 2022 dans une structure centrale nommée le dispositif d'appui à la coordination ou DAC qui rassemble les dispositifs mentionnés ci-après.

a. Le dispositif PAERPA.

Créé en 2014, le dispositif PAERPA, pour personnes âgées en risque de perte d'autonomie était un dispositif dont l'objectif premier était de préserver le plus possible l'autonomie de la personne âgée. Il était articulé autour de cinq axes clés étant le renfort du maintien à domicile, l'amélioration de la coordination entre les acteurs de soins et les aidants, la sécurisation des sorties d'hospitalisation, la mise en place d'actions contre les hospitalisations inutiles et l'optimisation de l'utilisation des médicaments(41).

b. La méthode MAIA.

Créée en 2008, la méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie ou MAIA, est une méthode visant à regrouper les acteurs impliqués dans l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie et leurs aidants dans une démarche d'intégration des services d'aide et de soins. Cette méthode repose sur 3 mécanismes interdépendants que sont la concertation qui vise à décloisonner les différents secteurs et champs d'actions des acteurs impliqués, la notion de guichet intégré permettant de fournir une réponse adéquate et harmonisée aux usagers du territoire et la gestion de cas correspondant

à un suivi intensif et au long cours de la personne âgée par un interlocuteur central nommé gestionnaire de cas. Cette méthode permet de mettre en lien la personne âgée, les aidants, les acteurs du parcours de soins et les financeurs de politiques de soins(42).

c. La PTA.

Les plateformes territoriales d'appui, ou PTA, sont des plateformes instaurées par les ARS et visant à apporter un soutien aux initiatives des professionnels de santé visant au maintien à domicile. Elles ont 3 missions que sont l'information de professionnels et leur orientation vers des ressources médico-sociales, sanitaires ou sociales présentes sur le territoire, l'accompagnement à la réalisation d'action coordonnées sur le territoire et le soutien aux initiatives en termes d'organisation de sécurisation et de coordination des parcours de soins(43).

d. Le DAC.

On constate donc que par le regroupement de ces dispositifs sous la forme d'une seule structure territoriale présente l'intérêt de n'avoir qu'un seul interlocuteur privilégié mais regroupant les avantages des dispositifs préexistants. Le DAC a ainsi pour missions d'apporter une réponse globale, personnalisée et graduée aux demandes des professionnels, de répondre aux besoins des personnes et de leurs aidants, que ce soit en termes d'information, de conseil, d'accueil, d'orientation ou encore d'accompagnement, et de participer activement à la coordination des acteurs territoriaux pour concourir à une organisation structurée des parcours de santé(44).

e. Le CLIC.

En plus du DAC, il existe à l'échelle territoriale des centres locaux d'information et de coordination, ou CLIC, parfois aussi appelés pôles d'autonomie territorial ou PAT. Ce sont des services sociaux et médico-sociaux destinés à apporter aux personnes âgées et à leurs proches une aide, un accueil, un conseil et une orientation face aux situations complexes qu'elles peuvent être amenées à rencontrer(45). Un CLIC peut, sur décision départementale, être rattaché à un DAC.

f. La CPTS.

Travaillant en collaboration avec les DAC, les communautés professionnelles territoriales de santé ou CPTS regroupent à l'échelle d'un territoire des professionnels de santé afin de structurer et coordonner leurs relations(46). Les CPTS peuvent ainsi à l'échelle de leur territoire mettre en place des projets destinés à coordonner le parcours de soins du sujet âgé et on pourra citer l'exemple de la CPTS Synapse ayant mis en place une expérimentation de dossier de coordination destiné aux patients de plus de 85 ans(47). Une CPTS peut aussi mettre en place des projets destinés à lutter contre la perte d'autonomie du sujet âgé. À ce titre on pourra citer l'exemple de la mise en place d'ateliers seniors concernant la pré fragilité et la prévention des chutes par la CPTS Grand Lille(48).

g. Le dispositif PRADO.

Afin de faciliter le parcours hôpital-ville et faciliter le retour du patient à son domicile suite à une hospitalisation, l'Assurance maladie a créé en 2010 le service de retour à domicile Prado. Le dispositif Prado permet par l'intermédiaire d'un conseiller de l'assurance maladie de mettre en relation les professionnels de santé hospitaliers et les professionnels de santé de ville afin de préserver l'autonomie des patients ainsi que leur qualité de vie, de renforcer le suivi du patient suite à son hospitalisation ainsi que de réduire les réhospitalisations. Concernant les personnes âgées, le dispositif Prado peut s'adresser à toute personne de plus de 75 ans(49).

h. Le CCAS.

Enfin, on peut citer parmi les dispositifs de coordination autour de la personne âgée les centres communaux d'action sociale ou CCAS. Il s'agit de structures communales ayant pour mission d'accompagner et soutenir les habitants de leur commune. Ils peuvent ainsi apporter une aide financière, attribuer des aides à domicile ou encore apporter une aide dans le montage d'un dossier de subvention tel que l'APA. Enfin, ils peuvent mettre en place des actions regroupant plusieurs acteurs sociaux ou médico-sociaux telles que des actions de soutien aux seniors, de lutte contre l'isolement, ou encore de soutien aux personnes en situation de handicap. Dans les communes de moins de 1500 habitants, le rôle du CCAS revient à la mairie(50).

2. Accompagnement financier.

A. Allocation personnalisée d'autonomie.

Au domicile, l'allocation personnalisée d'autonomie, ou APA, a pour but de prendre en charge toute ou partie des dépenses liées au maintien à domicile pour les personnes âgées en situation de perte d'autonomie.

Elle permet de couvrir de nombreux champs incluant des financements ponctuels tels que le financement de l'adaptation du domicile aux besoins de la personne ou le financement des restes à charge du matériel médical mais aussi des financements réguliers tels que le coût des aides à domicile, le coût des fournitures d'hygiène, le coût de transports médicalisés ou encore des services de portage de repas(51).

a. Critères d'obtention.

Pour pouvoir percevoir l'APA, il faut remplir plusieurs conditions. Il faut tout d'abord être âgé d'au moins 60 ans et résider en France, soit à son domicile, soit chez un proche, soit chez un accueillant familial soit dans une résidence autonomie. Il est à noter que pour les personnes étrangères, elles peuvent percevoir l'APA si elles possèdent une carte de résident ou un titre de séjour en cours de validité.

En plus de ces conditions préalables, il faut pouvoir justifier d'un GIR compris entre 1 et 4 pour justifier de la perte d'autonomie. Ce GIR est mesuré selon la grille AGGIR.

Enfin, il ne faut pas bénéficier d'une autre prestation non cumulable avec l'APA. Ainsi, il ne faut pas bénéficier de la prestation compensatoire du handicap, d'une allocation simple d'aide sociale pour les personnes âgées, d'aides de caisses de retraite, d'aides financières à l'obtention d'une aide à domicile, de majoration pour aide constant d'une tierce personne dans le cadre de la pension d'invalidité ou encore de la prestation complémentaire pour recours à une tierce personne(52).

b. Modalités d'obtention.

En pratique, la constitution du dossier nécessaire à l'obtention de l'APA repose sur plusieurs étapes. Il faut dans un premier temps remplir un formulaire de demande qui peut être papier ou numérique selon les régions et l'adresser au conseil départemental. À réception de ce dossier, le conseil départemental missionne un évaluateur médico-social afin de réaliser une visite à domicile durant laquelle le demandeur de l'APA peut être accompagné et qui a pour but de dresser le GIR du demandeur. Si le GIR du demandeur lui ouvre le droit à l'APA, l'évaluateur dresse

alors avec lui le plan d'aide. Celui-ci va prendre en compte les besoins ponctuels et récurrents du demandeur, que ce soit en terme d'aide humaine ou technique.

Suite à cet entretien, le demandeur reçoit par courrier la version rédigée de ce plan d'aide qu'il doit retourner signé au conseil départemental sous dix jours afin d'obtenir l'APA après validation par décision du président du département suite aux recommandations de la commission en charge de l'APA(53).

c. Montants de l'APA.

Le montant de l'APA dépend des besoins en aide de la personne. Il est cependant plafonné en fonction du niveau de dépendance et donc du GIR du demandeur. Les montants maximaux mensuels de l'APA en 2024 sont les suivants(51) :

GIR	Montant de l'APA
GIR 1	1955,60€
GIR 2	1581,44€
GIR 3	1143,09€
GIR 4	762,87€

Tableau 15: Montant mensuel de l'APA selon le GIR

Ces montants alloués en fonction du GIR sont les mêmes pour tous. En revanche, en fonction des revenus du bénéficiaire de l'APA, un reste à charge peut lui incomber pour une fraction allant jusqu'à 90 % de l'aide perçue(54). Ainsi le montant de l'allocation n'est jamais nul.

B. Prestation compensatoire du handicap.

La prestation compensatoire du handicap, ou PCH, est une prestation financière destinée à compenser des charges liées à des besoins d'aides techniques, humaines, d'aménagement des domiciles et moyens de transport ou encore de charges spécifiques dans le cadre d'un handicap(55). Elle est versée par le Conseil Départemental.

a. Critères d'obtention.

Pour pouvoir prétendre à la PCH, il faut résider en France de manière stable et régulière. De plus, pour les personnes de plus de 60 ans, il est nécessaire d'obtenir une dérogation pour prétendre à la PCH. En effet, il faut pour cela attester d'un handicap répondant aux critères d'obtention de la PCH avant 60 ans ou exercer une activité professionnelle au moment de la demande de prestation.

En sus de ces conditions préalables à toute demande, il faut répondre de conditions d'accès à la PCH qui sont liées au handicap. Ainsi, il faut avoir soit une difficulté absolue à réaliser une des 20 activités présentes au référentiel d'accès à la PCH (Annexe 2) ou au moins deux difficultés graves à réaliser ces mêmes activités.

b. Modalités d'obtention.

Afin d'obtenir la PCH, il est nécessaire de remplir un dossier en ligne ou auprès de la MDPH. À ce dossier, il est nécessaire d'ajouter un ensemble de pièces justificatives parmi lesquelles figure un certificat médical de moins d'un an établi par le médecin(55). Suite au dépôt de ce dossier, la CDAPH étudie et se prononce sur la demande afin d'attribuer ou non la prestation.

c. Montants de la PCH.

Les montants des aides accordées au titre de la PCH sont plafonnés par types d'aides pour des montants et durées telles que décrites dans le tableau ci-dessous(56) :

Type d'aide.	Montant et durée.
Aide humaine.	9h05 par jour.
Aides techniques.	13200€ sur 10 ans.
Aménagement du logement.	10000€ sur 10 ans.
Aménagement du véhicule et transports.	10000€ sur 10 ans ou 24000€ sur 10 ans sous conditions.
Charges spécifiques.	100€ par mois sur 10 ans.
Charges exceptionnelles.	6000€ sur 10 ans.

Tableau 16: Plafond des montants de la PCH en fonction du type d'aide.

On notera cependant que même si la PCH est une prestation universelle attribuée à toute personne répondant à ses critères d'éligibilité, les personnes ayant

de revenus supérieurs à 30 398,54€ en 2024 ne peuvent bénéficier que d'une prise en charge à 80 % des montants indiqués ci-dessus.

C. Complémentaires santé.

Certaines complémentaires santé, en fonction du contrat choisi par le bénéficiaire peuvent prendre en charge toute ou partie des frais liés à l'acquisition de matériel médical y compris pour des dispositifs n'étant pas inscrits à la LPPR. Il convient à ce titre de proposer systématiquement au patient l'édition d'une facture acquittée de l'achat de matériel médical afin que ce dernier puisse se renseigner auprès de sa complémentaire d'une éventuelle possibilité de remboursement de leur part.

D. Aides locales.

En plus des dispositifs vus précédemment, il existe tout un ensemble de dispositifs de soutien mis en place par les collectivités locales. Il convient de diriger les personnes en situation de perte d'autonomie vers les CCAS de leur commune afin qu'ils puissent prendre connaissance de ces dispositifs.

On peut citer à titre d'exemple de ces nombreux dispositifs locaux le programme J'Amén'Âge 59 mis en place par le département du Nord. Il s'agit d'un programme s'adressant aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie bénéficiant de l'APA afin d'apporter une aide financière supplémentaire dans la réalisation de travaux d'aménagement du domicile(57).

3. Exemples d'optimisation dans la démarche du pharmacien.

Le pharmacien peut mettre en place certains outils et certaines actions visant à améliorer l'évaluation des besoins des patients en termes d'aides techniques mais aussi afin d'évaluer que les aides déjà mises en place répondent effectivement aux besoins du patient et que ces aides sont utilisées de la manière la plus efficace et sûre. Nous allons voir ci-après quelques exemples de ces actions.

A. Les audits au domicile.

Les audits au domicile du patient ont pour but d'identifier en une seule évaluation un ensemble d'éléments pour lesquels le patient peut avoir besoin d'aides techniques à son domicile mais aussi de pouvoir identifier d'éventuels besoins en termes de services.

En pratique, lorsqu'un patient semble être en situation de perte d'autonomie, on pourra proposer au patient ou à un aidant de réaliser un audit au domicile. Après avoir obtenu l'accord du patient ou de l'aidant qui aura consulté l'avis du patient, on pourra se rendre au domicile du patient afin d'effectuer cet audit. On pourra s'appuyer sur un formulaire d'évaluation créé au sein de l'officine ou sur un formulaire préexistant tel que celui mis à disposition par la société Oxypharm® (Annexe 3). Ce formulaire doit permettre d'évaluer dans un premier temps les équipements et aides déjà existantes au domicile. Dans un deuxième temps, il doit permettre d'évaluer les besoins du patient en termes d'aides au maintien de l'autonomie ainsi que les facteurs de risques de chutes.

Il est pertinent, lors de la réalisation de l'audit, de procéder pièce par pièce afin de pouvoir visualiser à la fois les besoins du patient en condition de vie réelle, les éventuels freins à l'installation de certaines aides de part l'agencement du domicile mais aussi de pouvoir donner des conseils en termes de prévention des chutes, par exemple si l'on constate des câbles électriques au sol dans des zones de passage.

Après avoir réaliser cet audit, il conviendra de réaliser une synthèse des besoins du patient sur tous les aspects abordés et de proposer dès que nécessaire l'apport d'une aide technique mais aussi de pouvoir orienter le patient vers les différents services dont il peut avoir besoin.

B. La visite à 24/48h.

Lors de la délivrance d'aides techniques à un patient, il convient de s'assurer d'une part qu'il a bien compris comment utiliser ces aides et d'autre part que ces aides correspondent effectivement au mieux au besoin du patient. Dans de nombreux cas il est possible de s'assurer de cela directement à l'officine en faisant essayer le matériel au patient. Cependant, cela n'est parfois pas possible, que ce soit car le matériel est directement livré au domicile du patient, ou parce que le matériel ne peut être essayé au sein de l'officine ou encore dans les cas où le patient ne peut se déplacer. Dans ces cas il est pertinent de proposer au patient ou à ses aidants de réaliser une visite au domicile un à deux jours après l'installation des aides techniques.

Lors de ces visites, on s'assurera donc que le matériel est convenablement installé, que le patient ou ses aidants arrivent effectivement à s'en servir convenablement et enfin que le matériel répond bien aux besoins et attentes du patient.

On pourra par exemple réaliser ces visites suite à l'installation d'un lit médicalisé, d'un fauteuil releveur, d'un lève-personne ou encore d'un rehausse-WC.

On notera enfin qu'il est tout à fait possible de cumuler une visite à 24/48h et un audit au domicile du patient, par exemple suite à la mise en place d'un lit médicalisé au décours d'une hospitalisation.

C. Les entretiens incontinence.

Comme nous avons pu le voir précédemment, l'incontinence est un sujet souvent difficile à aborder avec le patient en raison d'une possible gêne, voire d'une honte pour ce dernier à en parler. Cette gêne peut être particulièrement accrue au comptoir ou le patient peut avoir peur d'être entendu par d'autres personnes dans l'officine. Il peut alors être pertinent de proposer au patient de mener avec lui un bref entretien à ce sujet dans un espace de confidentialité plus à même de le rassurer. Il est aussi possible de mener ce type d'entretien au domicile du patient si ce dernier ne peut se déplacer, que ce soit lors d'une délivrance de traitements à son domicile ou lors d'un audit au domicile ou d'une visite à 24/48h.

On pourra lors de cet entretien utiliser un formulaire de recueil d'information (Annexe 4) afin de cerner au mieux les besoins du patient. Après avoir identifié ses besoins, on lui proposera en fonction de ces derniers les aides techniques et protections absorbantes les plus adaptées à ses besoins. Dans le cas des protections absorbantes, on prendra soin de tracer le type de protection, sa taille et sa capacité d'absorption dans le dossier du patient afin de faciliter les délivrances futures.

On prendra aussi soin de s'assurer que les protections fournies conviennent bien à la taille et aux besoins du patient. Pour cela il peut aussi être pertinent de lui en fournir des échantillons dans un premier temps afin de lui permettre de vérifier que les protections proposées lui sont bien adaptées.

IV. Conclusion.

Face au vieillissement de la population couplé à la volonté de rester le plus autonome possible au domicile et ce le plus longtemps possible, le pharmacien a un rôle majeur dans l'accompagnement des sujets âgés. Ce rôle passe par l'identification des problèmes rencontrés par les patients, l'identification de leurs besoins, le conseil et la délivrance des aides techniques les plus adaptées à ces besoins, l'accompagnement suite à la mise en place de ces aides. Ce rôle passe aussi par l'orientation vers les professionnels et les structures les plus à même d'épauler le pharmacien dans ce rôle d'acteur du maintien à domicile des personnes âgées en situation de perte d'autonomie.

Afin de pouvoir remplir au mieux ce rôle d'acteur du maintien à domicile, il est primordial d'acquérir les connaissances nécessaires, que ce soit au sujet du matériel médical qu'il est possible de proposer aux patients ou au sujet des structures et professionnels de proximité. En effet, le pharmacien en tant que professionnel de santé de premier recours a un rôle important dans l'accompagnement et l'orientation du patient dans le parcours d'aide au maintien à domicile.

Face à une société aux besoins changeants, le pharmacien doit être capable de se renouveler dans son approche de l'accompagnement du patient et être en constante quête d'une amélioration de la qualité de l'accompagnement qu'il propose aux personnes en situation de perte d'autonomie. Il est alors intéressant de mettre en place des procédures permettant d'améliorer le dépistage des problématiques rencontrées au quotidien par les patients ainsi que d'améliorer l'identification des besoins de ces derniers. Les diverses interventions auprès du patient que nous avons ainsi pu voir précédemment en sont un bon exemple.

C'est en optimisant ainsi l'approche des aides techniques dans la lutte contre la perte d'autonomie du sujet âgé que le pharmacien d'officine sera d'une part à même d'améliorer la qualité de vie des patients et d'autre part à même de prévenir la survenue d'accident au domicile tels que les chutes. Cette approche permet donc d'une part une amélioration de la qualité de l'exercice officinal et d'autre part une réduction des coûts liés aux accidents au domicile et aux hospitalisations qui en découlent.

Annexes.

Annexe 1 : Demande d'entente préalable à l'obtention d'un siège coquille.

Prescription médicale valant demande d'accord préalable pour un siège coquille

Volet 1 à adresser
au contrôle médical,
sous enveloppe, à l'attention
de "M. le Médecin-Conseil"

Article R. 165-1 et R. 165-23 du Code de la sécurité sociale

date de réception :

Personne recevant les soins et assuré(e)	
Personne recevant les soins	
Nom et prénom	
<i>(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))</i>	
Numéro d'immatriculation	<i>(Nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualité (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés))</i>
Date de naissance	
Assuré(e) <i>(à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))</i>	
Nom et prénom	
<i>(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))</i>	
Numéro d'immatriculation	
Adresse de l'assuré(e)	
Conditions de prise en charge des soins	
Maladie <input type="checkbox"/> soins en rapport avec une ALD : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Traitement prescrit	
Prescription initiale <input type="checkbox"/>	
Renouvellement <input type="checkbox"/>	
Éléments d'ordre médical	
<i>(Partie confidentielle réservée à l'information du médecin conseil)</i>	
GIR 1 <input type="checkbox"/> GIR 2 <input type="checkbox"/>	
GIR évalué par le conseil départemental : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Joindre le document du conseil départemental mentionnant le Groupe Iso Ressource (GIR) ou, à défaut, la grille AGGIR remplie par le prescripteur. Le GIR est évalué selon la grille AGGIR. Il correspond au degré d'autonomie du patient et est déterminé par l'équipe médico-sociale du conseil départemental ou par le médecin prescripteur à l'aide de la grille AGGIR.	
Identification du praticien et de la structure dans laquelle il exerce	
Nom et prénom BALLANTRAP Julie	Raison sociale
Identifiant	Adresse PK2 VAREALE - B2 97110 POINTE A PITRE
Date	N° structure (04, PNEU, OUDART) 9 7 1 1 2 0 7 5 3
Signature	
Avis du médecin conseil	
Accord <input type="checkbox"/> Convocation <input type="checkbox"/>	
Refus <input type="checkbox"/>	
- d'ordre médical <input type="checkbox"/>	
- d'ordre administratif <input type="checkbox"/> - motif : _____ Date _____	

Ref. 632 CNAM juin 2018

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des activités relatives à l'éligibilité à la PCH.

Domaine	Activités prise en compte pour l'éligibilité générale à la PCH.
Domaine 1 : Mobilité / Manipulation.	Se mettre debout.
	Faire ses transferts.
	Marcher.
	Se déplacer (dans le logement, à l'extérieur), y compris utiliser un moyen de transport.
	Avoir la préhension de la main dominante.
	Avoir la préhension de la main non dominante.
	Avoir des activités de motricité fine.
Domaine 2 : Entretien personnel.	Le laver.
	Assurer l'élimination et utiliser les toilettes.
	S'habiller.
	Prendre ses repas.
Domaine 3 : Communication.	Parler.
	Entendre (percevoir les sons et comprendre).
	Voir (distinguer et identifier).
	Utiliser des appareils et techniques de communication.
Domaine 4 : Tâches et exigences générales, relations avec autrui.	S'orienter dans le temps.
	S'orienter dans l'espace.
	Gérer sa sécurité.
	Maîtriser son comportement.
	Entreprendre des tâches multiples

N.B. : Cette liste correspond à la liste fixée par l'article D. 245-9 du code de l'action sociale et des familles modifié par le décret n°2022-570 du 19 avril 2022(58).

Annexe 3 : Formulaire d'audit à domicile de la société Oxypharm®.

Pharma.Relais

CONSEILS POUR VOTRE BIEN-ÊTRE Audit 360° domicile patient

Date de la visite :
 Nom et prénom :
 Date de naissance :
 Type d'habitat :
 Appartement Maison Maison à étage
 Nom de la pharmacie :
 Personne à contacter :
 Téléphone de la pharmacie :

?

QUELS SONT VOS BESOINS ?

On compte 2 millions de chutes par an chez les + de 65 ans.

L'audit a pour objectif de sécuriser votre habitat, prévenir les risques et améliorer votre confort au quotidien. Il sera réalisé pièce par pièce ainsi que par service et solution.

1 Évaluation des équipements et prestations au domicile

Matériels et équipements existants	Oui	Non
Lit médicalisé		
Souleve-malade		
Chaise garde-robe		
Chaise ou tabouret de douche		
Fauteuil coquille		
Fauteuil roulant		
Réhausse-wc		

Prestations et équipements existants	Oui	Non
Oxygénothérapie		
Perfusion		
Nutrition (entérale, parentérale)		
Insulinothérapie		

Si oui, quel est votre prestataire ?

2 Aménagement et équipement du domicile

Repérez les risques de chute et aménagez votre logement : **La chambre**

Aménagez votre chambre pour faciliter l'accès au lit et favoriser les déplacements.

• Difficultés à sortir du lit ou besoin d'aide ? Oui Non

Nos solutions envisageables : Souleve-personne Lève-personne

Nos articles conseils pour la chambre :

Pour la sécurité :

Adhésif luminescent

Voileuse LED

Tapis d'amortissement

Protection de barrière de lit

Pour le confort :

Table de lit

Oreiller anatomique

Chaise garde-robe

Repérez les risques de chute et aménagez votre logement : **Le salon**

Aménagez votre salon pour profiter pleinement de votre espace de vie.

• Avez-vous des difficultés à vous lever ? Oui Non

Si oui, les solutions envisageables : Fauteuil releveur Canne Déambulateur

Nos articles conseils pour le salon :

Pour la sécurité :

Téléphone à médaillon

Coins de tapis antidérapants

Pour le confort :

Stimulateur circulatoire

Pince de préhension

Chaussures médicales

COMMENTAIRES : Par le patient Par les aidants

Les informations recueillies sont enregistrées dans un fichier informatisé par la pharmacie pour la mise en place et le suivi du maintien à domicile des clients. Elles sont conservées pendant 3 ans à partir de la date de votre prestation de maintien à domicile, aux organismes de sécurité sociale et d'assurance maladie complémentaire. Conformément à la loi « informatique et libertés »

• Avez-vous des difficultés à rejoindre la chambre à coucher ? Oui Non

Si oui, quelles sont les causes ? Escaliers Problème de mobilité Autre, précisez :

Les solutions envisageables : Fauteuil de transfert Monte-escaliers

Repérez les risques de chute et aménagez votre logement : La cuisine

Aménagez votre cuisine pour simplifier la réalisation des gestes du quotidien tel que la prise de repas.

• Avez-vous des difficultés pour prendre ou préparer les repas ? Oui Non

Les solutions envisageables : Une gamme de produits est disponible pour faciliter la préparation ou la prise des repas.

Tour d'assiette Couverts ergonomiques Gamme One Touch Gobelet découpe nasale
 Siège de cuisine Bavoirs

Repérez les risques de chute et aménagez votre logement : La salle de bain

Sécurisez votre salle de bain pour la rendre accessible et faciliter votre toilette.

LE BAIN

Avez-vous des difficultés pour accéder, entrer ou sortir de la baignoire ?

Oui Non

Les solutions envisageables :

Siège pivotant Lève-bain électrique
 Planche de bain Marche de bain

LA DOUCHE

Avez-vous des difficultés pour prendre une douche ?

Oui Non

Les solutions envisageables :

Chaise de douche Tabouret de douche
 Siège de douche mural

Nos articles conseils pour la salle de bain :

Pour la sécurité :

Ruban antidérapant Barre d'appui Tapis antidérapant Sortie de bain Eponge à long manche

Pour le confort :

Repérez les risques de chute et aménagez votre logement : Les toilettes et l'hygiène

Préservez votre autonomie dans vos toilettes grâce à des aides techniques permettant de faciliter l'accès et d'assurer votre sécurité.

• Avez-vous des difficultés pour aller ou vous relever des toilettes ? Oui Non

Nos solutions envisageables :

Réhausse-WC Déambulateur double niveau Barre d'appui Fauteuil garde-robe

Avez-vous ou souhaitez-vous des produits d'incontinence ? Oui Non

Où achetez-vous vos produits d'incontinence ? A la pharmacie Supermarché

3 Aide à la mobilité

Repérez les risques de chute et sortir en toute sécurité : L'extérieur

Sécurisez vos déplacements avec le bon matériel pour vous accompagner aussi bien à domicile qu'en extérieur.

• Avez-vous des difficultés pour vous déplacer ? Oui Non

Quelles en sont les causes ?

Oxygénothérapie Fatigue Peur de la chute Peur de perdre contact avec les proches

Les solutions envisageables :

Fauteuil roulant manuel Fauteuil de transfert Fauteuil électrique Coussin à mémoire de forme
 Déambulateur avec assise Déambulateur rollator Médillon et téléphone d'urgence Canne



Retrouvez les produits liés au plan antichute grâce à ce pictogramme.

Annexe 4 : Formulaire de recueil d'information lors d'un entretien incontinence.

Formulaire de recueil d'information : Entretien incontinence.		
Patient :	Âge :	Date de l'entretien :
Nom :	Prénom :	
Le patient a-t-il déjà consulté pour son incontinence ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser si possible qui, quand, quel diagnostic.		
Évaluation de l'incontinence :		
<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire Si oui, préciser :	<input type="checkbox"/> Incontinence fécale	Prédominance de l'incontinence :
<input type="checkbox"/> Fuites ponctuelles (toux, fou rire, etc)		<input type="checkbox"/> Diurne.
<input type="checkbox"/> fuite de faible volume		<input type="checkbox"/> Nocturne.
<input type="checkbox"/> Impériosité		<input type="checkbox"/> Pas de prédominance.
<input type="checkbox"/> Énurésie		
<input type="checkbox"/> Incontinence totale		
Le patient prend-il des traitements susceptibles de provoquer ou d'aggraver l'incontinence ? Si oui, lesquels ? Les prend-il au bon moment (diurétiques le matin par exemple) ?		
Le patient est-il mobile : <input type="checkbox"/> Beaucoup. <input type="checkbox"/> Un peu. <input type="checkbox"/> Non, reste au fauteuil. <input type="checkbox"/> Non, patient alité.		
Propositions :		
Aides techniques :	Protections absorbantes :	
<input type="checkbox"/> Chaise garde-robe <input type="checkbox"/> Cadre de toilettes <input type="checkbox"/> Rehausse-WC <input type="checkbox"/> Urinal <input type="checkbox"/> Bassin de lit	Incontinence urinaire légère à modérée : <input type="checkbox"/> Protections anatomiques <input type="checkbox"/> Slips absorbants <input type="checkbox"/> Grandes protections anatomiques Incontinence urinaire complète : <input type="checkbox"/> Grandes protections anatomiques <input type="checkbox"/> Changes complets Incontinence urinaire et/ou fécale : <input type="checkbox"/> Change complets (abs \geq 2000-3000mL)	
Propositions retenues par le patient :		
(Dans le cas des protections absorbantes, préciser la taille, la marque et la capacité d'absorption et les renseigner sur la fiche patient dans le LGO)		

Bibliographie.

1. Hawass Z, Gad YZ, Ismail S, Khairat R, Fathalla D, Hasan N, et al. Ancestry and Pathology in King Tutankhamun's Family. JAMA. 17 févr 2010;303(7):638-47.
2. KAMENETZ HL. A Brief History of the Wheelchair. J Hist Med Allied Sci. 1 avr 1969;XXIV(2):205-10.
3. Grand A. Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France. Vie Soc. 2016;15(3):13-25.
4. Larousse É. Définitions : vieillissement - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 12 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillissement/81927>
5. Vieillesse et santé [Internet]. [cité 12 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
6. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 12 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676587?sommaire=3696937>
7. Espérance de vie et indicateurs de mortalité dans le monde | Insee [Internet]. [cité 12 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2383448>
8. Apa : qu'est-ce que le Gir 1, 2, 3 ou 4 de la grille Aggir ? [Internet]. [cité 12 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>
9. Article Annexe 2-1 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 12 févr 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000034696537/2017-05-11
10. ICOPE - Un programme pour prévenir la dépendance [Internet]. 2023 [cité 19 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/icope-un-programme-pour-prevenir-la-dependance>
11. World Health Organization; Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. 2019.
12. Vieillir en bonne santé avec Icope Monitor [Internet]. 2020 [cité 19 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=09IgFoLC1JE>
13. Ministère des solidarités et de la santé. Expérimentation d'un programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel liés à l'âge.
14. Article D245-10 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance [Internet]. [cité 12 févr 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042855646
15. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. [cité 12 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=glissement%20%28syndrome%20de%29>

16. Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 12 févr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-francais-vivent-plus-longtemps-mais-leur-esperance-de-vie-en>
17. travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 12 févr 2024]. Personnes âgées : les chiffres clés. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>
18. Bilan d'évaluation des aides techniques. 2023;
19. DICOM_Raphaelle.B, DICOM_Raphaelle.B. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 12 févr 2024]. Prévention des chutes chez les seniors et les personnes âgées : publication d'un manuel pratique à destination des professionnels. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/prevention-des-chutes-chez-les-seniors-et-les-personnes-agees-publication-d-un>
20. Fréquence et causes des chutes [Internet]. [cité 12 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/themes/chutes-troubles-marche/frequence-et-causes-des-chutes>
21. Alonso E, Krypciak S, Paillaud E. Rôle de la nutrition dans les chutes et les fractures des sujets âgés. *Gérontologie Société*. 2010;33 / 134(3):171-87.
22. La situation des aidants en 2020 : enquête nationale Ipsos-Macif | Ipsos [Internet]. 2020 [cité 19 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/la-situation-des-aidants-en-2020-enquete-nationale-ipsos-macif>
23. DREES. Etudes et Résultats. févr 2023 [cité 19 févr 2024];(1255). Disponible sur: <https://www.aidants.fr/wp-content/uploads/2023/05/ER1255MAJ1002.pdf>
24. LPP : Recherche par chapitre [Internet]. [cité 2 juill 2024]. Disponible sur: http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/tips//chapitre/index_chap.php?p_ref_menu_code=1&p_site=AMELI
25. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 2 juill 2024]. Certification des prestataires de services et distributeurs de matériel (PSDM) : la HAS publie le référentiel. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3525164/fr/certification-des-prestataires-de-services-et-distributeurs-de-materiel-psdm-la-has-publie-le-referentiel
26. Article 217 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 2 juill 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031912810
27. Devis obligatoire : activités concernées [Internet]. [cité 2 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F31144>
28. Laboratoire National de Métrologie et d'Essais. Règles de certification marque NF médical - NF 178. 2023 sept. Report No.: Revue n°12.

29. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0146 du 24/06/2012 [Internet]. [cité 26 févr 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=Cd11_jIQYoRRHfi_sTcD-JSuLPD8fbUscXQ6jPafklM=
30. Arrêté du 17 octobre 2017 portant modification des modalités de prise en charge des « sièges coquilles de série » au titre Ier de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Code de la sécurité sociale.
31. Elodie Jouanneau AS. Prescription des aides techniques remboursées par la sécurité sociale. DAC santé 92 nord; 2020 nov p. 20. (<https://maillage92.sante-idf.fr/files/live/sites/maillage92/files/Creations/GUIDE-DES-AIDES-TECHNIQUES/GUIDE-DES-AIDES%20TECHNIQUES.pdf>).
32. Disque de transfert PMR [Internet]. 2020 [cité 26 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=1BZtaju60EA>
33. Définition incontinence [Internet]. [cité 13 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/I/incontinence>
34. L'incontinence urinaire et fécale du Programme RESOcontinence aux HUG - HUG [Internet]. [cité 13 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.hug.ch/programme-resocontinence/incontinence-urinaire-fecale>
35. Comprendre l'incontinence urinaire [Internet]. [cité 13 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/themes/incontinence-urinaire/mecanismes-frequence-causes>
36. Denis P, Bercoff E, Bizien MF, Brocker P, Chassagne P, Lamouliatte H, et al. [Prevalence of anal incontinence in adults]. *Gastroenterol Clin Biol*. 1992;16(4):344-50.
37. Arrêté du 9 janvier 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à prescrire.
38. Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) [Internet]. 2022 [cité 28 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-de-soins-a-domicile/undefinedvivre-a-domicile/beneficier-de-soins-a-domicile/les-ssiad-services-de-soins-infirmiers-a-domicile>
39. Les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) [Internet]. 2024 [cité 28 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/a-qui-s-adresser/undefinedpreserver-son-autonomie/a-qui-s-adresser/les-equipes-specialisees-alzheimer-esa>
40. Les services d'aide à domicile [Internet]. 2024 [cité 28 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-d-aide-a-domicile/undefinedvivre-a-domicile/beneficier-d-aide-a-domicile/les-services-d-aide-a-domicile>
41. travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 28 mai 2024]. Le dispositif

Paerpa. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>

42. MAIA [Internet]. [cité 28 mai 2024]. Disponible sur: <https://archive.wikiwix.com/cache/display2.php?url=http%3A%2F%2Fweb.archive.org%2Fweb%2F20160201030709%2Fhttp%3A%2F%2Fwww.cnsa.fr%2Fparcours-de-vie%2Fmaia>
43. DGOS. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 28 mai 2024]. Plateformes territoriales d'appui - PTA. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/plateformes-territoriales-d-appui/pta>
44. CNSA [Internet]. 2023 [cité 28 mai 2024]. Dispositifs d'appui à la coordination. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/dispositifs-dappui-a-la-coordination>
45. Les points d'information locaux dédiés aux personnes âgées [Internet]. 2023 [cité 28 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/a-qui-s-adresser/undefinedpreserver-son-autonomie/a-qui-s-adresser/les-points-d-information-locaux-dedies-aux-personnes-agees>
46. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. 2024 [cité 28 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>
47. Parcours personnes âgées [Internet]. CPTS Synapse - Comtat Venaissin. [cité 28 mai 2024]. Disponible sur: <https://cpts-synapse.fr/parcours-personnes-agees/>
48. Mise en place d'ateliers seniors - CPTS Grand Lille [Internet]. [cité 28 mai 2024]. Disponible sur: <https://cptsgrandlille.org/mise-en-place-dateliers-seniors/>
49. Prado, le service de retour à domicile [Internet]. [cité 28 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>
50. Le centre communal d'action sociale (CCAS) / la Mairie [Internet]. 2023 [cité 28 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/a-qui-s-adresser/undefinedpreserver-son-autonomie/a-qui-s-adresser/le-centre-communal-d-action-sociale-ccas-la-mairie>
51. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) | Mon Parcours Handicap [Internet]. [cité 4 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/aides/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa>
52. Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) | Service-Public.fr [Internet]. [cité 4 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>
53. Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile [Internet]. [cité 4 juin 2024]. Disponible sur: <https://services.lenord.fr/allocation-personnalisee-d-autonomie-apa-a-domicile>
54. Apa : quel est le montant de votre reste à charge ? [Internet]. [cité 4 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1802>

55. La prestation de compensation du handicap (PCH) | Mon Parcours Handicap [Internet]. [cité 4 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/aides/la-prestation-de-compensation-du-handicap-pch>
56. La PCH (prestation de compensation du handicap) [Internet]. 2024 [cité 4 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/undefinedvivre-a-domicile/aides-financieres/la-pch-prestation-de-compensation-du-handicap>
57. Adapter son logement avec J'Amén'Âge 59 - Perte d'autonomie [Internet]. [cité 4 juin 2024]. Disponible sur: <https://services.lenord.fr/adapter-son-logement-avec-j-amen-age-59-perte-dautonomie>
58. Décret n° 2022-570 du 19 avril 2022 relatif à la prestation de compensation mentionnée à l'article D. 245-9 du code de l'action sociale et des familles. 2022-570 avr 19, 2022.

Université de Lille
UFR3S-Pharmacie
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2023/2024.

Nom : Deberque
Prénom : Mario

Titre de la thèse : Accompagnement technique dans la perte d'autonomie du sujet âgé

Mots-clés : Vieillesse, personne âgée, perte d'autonomie, matériel médical, accompagnement technique, lit médicalisé, fauteuil roulant, incontinence, APA, PCH, maintien à domicile, syndrome de glissement, dépendance.

Résumé : Face au vieillissement de la population, le maintien au domicile est devenu un enjeu majeur de société. Pour permettre aux personnes âgées de rester à leur domicile le plus longtemps possible et ce en conservant autant d'autonomie que possible, le recours aux aides techniques est une aide précieuse. Il existe des aides techniques pour tous les aspects de la vie quotidienne et pour tous les niveaux de dépendance. Leur grande variété rend néanmoins parfois difficile le choix du meilleur dispositif pour un patient donné dans une situation donnée. Le rôle du pharmacien dans ce contexte est d'accompagner au mieux le patient dans le choix des aides techniques les plus pertinentes pour ses besoins tout en prenant en compte ses capacités physiques et cognitives mais aussi les problématiques liées au domicile du patient ainsi qu'à d'éventuelles problématiques financières. C'est dans ce contexte que le pharmacien d'officine est amené à travailler avec d'autres professionnels de santé afin de répondre au mieux aux besoins du patient et afin de l'orienter le cas échéant vers les structures médicales ou sociales les plus adaptées.

Membres du jury :

Président : DECAUDIN Bertrand, Professeur des universités, Praticien Hospitalier, Université de Lille UFR3S-Pharmacie

Assesseur(s) : DECROOCQ Maxence , Docteur en pharmacie

Membre(s) extérieur(s) : LECOINTE Corinne, Docteur en pharmacie