



HAL
open science

Maintien à domicile et personnes âgées : Evaluation, place et rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge. Applications aux pathologies les plus fréquemment rencontrées chez la personne âgée.

Marion Houvain

► **To cite this version:**

Marion Houvain. Maintien à domicile et personnes âgées : Evaluation, place et rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge. Applications aux pathologies les plus fréquemment rencontrées chez la personne âgée.. Sciences pharmaceutiques. 2010. hal-01732857

HAL Id: hal-01732857

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732857>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ - NANCY 1

2010

FACULTE DE PHARMACIE

**MAINTIEN A DOMICILE ET PERSONNES AGEES :
EVALUATION, PLACE ET ROLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE
DANS LA PRISE EN CHARGE
APPLICATIONS AUX PATHOLOGIES LES PLUS FREQUEMMENT
RENCONTREES CHEZ LA PERSONNE AGEE**

T H E S E

Présentée et soutenue publiquement

Le 29 avril 2010

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par **Marion HOUVAIN**

née le 03 octobre 1983 à Lure (70)

Membres du Jury

Président : M. Pierre LABRUDE, Professeur de Physiologie, d'Orthopédie et de
Maintien à Domicile à la Faculté de Pharmacie
de Nancy.

Directeur de thèse : M. Jacques CALLANQUIN, Docteur en Pharmacie, chargé de l'enseignement
à la Faculté de Pharmacie de Nancy.

Juge : Melle Marie-Paule BRAYER, Docteur en pharmacie.

UNIVERSITÉ Henri Poincaré, NANCY 1
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2009-2010

DOYEN

Francine PAULUS

Vice-Doyen

Francine KEDZIEREWICZ

Président du Conseil de la Pédagogie

Bertrand RIHN

Commission de la Recherche

Christophe GANTZER

Mobilité ERASMUS et Communication

Francine KEDZIEREWICZ

Hygiène Sécurité

Laurent DIEZ

Responsable de la filière Officine :	Francine PAULUS
Responsables de la filière Industrie :	Isabelle LARTAUD, Jean-Bernard REGNOUF de VAINS
Responsable du Collège d'Enseignement : Pharmaceutique Hospitalier	Jean-Michel SIMON

DOYEN HONORAIRE

Chantal FINANCE

Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON

Marie-Madeleine GALTEAU

Gérard SIEST

Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Roger BONALY

Thérèse GIRARD

Maurice HOFFMANN

Michel JACQUE

Lucien LALLOZ

Pierre LECTARD

Vincent LOPPINET

Marcel MIRJOLET

François MORTIER

Maurice PIERFITTE

Janine SCHWARTZBROD

Louis SCHWARTZBROD

**MAITRES DE CONFERENCES
HONORAIRES**

Gérald CATAU

Jocelyne COLLOMB

Bernard DANGIEN

Marie-Claude FUZELLIER

Françoise HINZELIN

Marie-Andrée IMBS

Marie-Hélène LIVERTOUX

Jean-Louis MONAL

Dominique NOTTER

Marie-France POCHON

Anne ROVEL

Maria WELLMAN-ROUSSEAU

ASSISTANT HONORAIRE

Marie-Catherine BERTHE

Annie PAVIS

ENSEIGNANTS

PROFESSEURS

Gilles AULAGNER	Pharmacie clinique
Alain BAGREL.....	Biochimie
Jean-Claude BLOCK	Santé publique
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	Pharmacologie cardiovasculaire
Chantal FINANCE.....	Virologie, Immunologie
Pascale FRIANT-MICHEL	Mathématiques, Physique, Audioprothèse
Christophe GANTZER	Microbiologie environnementale
Max HENRY	Botanique, Mycologie
Jean-Yves JOUZEAU.....	Bioanalyse du médicament
Pierre LABRUDE.....	Physiologie, Orthopédie, Maintien à domicile
Isabelle LARTAUD	Pharmacologie cardiovasculaire
Dominique LAURAIN-MATTAR.....	Pharmacognosie
Brigitte LEININGER-MULLER	Biochimie
Pierre LEROY	Chimie physique générale
Philippe MAINCENT	Pharmacie galénique
Alain MARSURA	Chimie thérapeutique
Patrick MENU	Physiologie
Jean-Louis MERLIN	Biologie cellulaire oncologique
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN	Biochimie, Biologie moléculaire
Jean-Michel SIMON	Economie de la santé, législation pharmaceutique

MAITRES DE CONFÉRENCES

Monique ALBERT	Bactériologie, Virologie
Sandrine BANAS	Parasitologie
Mariette BEAUD	Biologie cellulaire
Emmanuelle BENOIT	Communication et santé
Isabelle BERTRAND.....	Microbiologie environnementale
Michel BOISBRUN	Chimie thérapeutique
François BONNEAUX	Chimie thérapeutique
Ariane BOUDIER.....	Chimie Physique
Cédric BOURA	Physiologie
Jean-Claude CHEVIN	Chimie générale et minérale
Igor CLAROT	Chimie analytique
Joël COULON.....	Biochimie
Sébastien DADE	Bio-informatique
Dominique DECOLIN	Chimie analytique
Béatrice DEMORE	Pharmacie clinique
Joël DUCOURNEAU	Biophysique, audioprothèse, acoustique
Florence DUMARCA Y	Chimie thérapeutique
François DUPUIS	Pharmacologie
Raphaël DUVAL	Microbiologie clinique
Béatrice FAIVRE	Hématologie - Génie Biologique
Adel FAIZ	Biophysique-acoustique
Luc FERRARI	Toxicologie
Stéphane GIBAUD	Pharmacie clinique
Thierry HUMBERT	Chimie organique

FACULTE DE PHARMACIE**PRESENTATION**

Frédéric JORAND	Santé et environnement
Olivier JOUBERT	Toxicologie, sécurité sanitaire
Francine KEDZIEREWICZ	Pharmacie galénique
Alexandrine LAMBERT	Informatique, Biostatistiques
Faten MERHI-SOUSSI.....	Hématologie biologique
Christophe MERLIN	Microbiologie environnementale et moléculaire
Blandine MOREAU	Pharmacognosie
Maxime MOURER	Pharmacochimie supramoléculaire
Francine PAULUS	Informatique
Christine PERDICAKIS	Chimie organique
Caroline PERRIN-SARRADO	Pharmacologie
Virginie PICHON	Biophysique
Anne SAPIN	Pharmacie galénique
Marie-Paule SAUDER	Mycologie, Botanique
Nathalie THILLY	Santé publique
Gabriel TROCKLE	Pharmacologie
Marie-Noëlle VAULTIER.....	Biodiversité végétale et fongique
Mohamed ZAIYOU	Biochimie et Biologie moléculaire
Colette ZINUTTI	Pharmacie galénique

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER

Sémiologie

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD

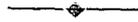
Anglais

**Bibliothèque Universitaire Santé - Lionnois
(Pharmacie - Odontologie)**

Anne-Pascale PARRET

Directeur

SERMENT DES APOTHICAIRES



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

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

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

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



« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES
DANS LES THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE
CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

REMERCIEMENTS

A mon Président de Jury,

Monsieur Pierre LABRUDE,

Professeur de Physiologie, d'Orthopédie et de Maintien à domicile à la Faculté de Pharmacie de Nancy,

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Vous avez su me prodiguer vos connaissances et vos conseils avec beaucoup de gentillesse, de disponibilité et d'encouragements.

Je vous remercie pour l'enseignement que vous m'avez apporté à la faculté qui me permet quotidiennement de donner une valeur ajoutée à ma pratique de la pharmacie.

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance ainsi que de ma profonde et respectueuse considération.

A mon directeur de thèse,

Monsieur Jacques CALLANQUIN,

Docteur en Pharmacie et responsable de l'enseignement de Maintien à domicile et d'Orthopédie à la Faculté de Pharmacie de Nancy,

Vous me faites l'honneur de bien vouloir juger ce travail.

Je vous remercie pour l'aide efficace et les conseils judicieux que vous m'avez apportés lors de la réalisation de ce travail.

Que ce travail soit le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A mon juge,

Mademoiselle Marie-Paule BRAYER,

Docteur en Pharmacie,

Vous me faites l'honneur de bien vouloir faire partie de ce jury.

Merci pour votre grande disponibilité, vos précieux conseils, vos encouragements et votre gentillesse.

Je vous remercie aussi pour l'enrichissement de mon stage officinal qui m'a permis de faire quelques pas dans le métier à vos côtés.

Recevez toute ma gratitude, mon admiration et ma profonde reconnaissance.

A mes parents, sans qui je ne serais pas ici.... Pour votre patience, votre compréhension, votre soutien, votre éternelle disponibilité, vos conseils, pendant toutes ces années d'études, avec ces moments de doute et de joie partagés. Merci maman de te plier en quatre toujours pour tes filles, de toujours chercher à nous rendre heureuses, d'avoir veillé avec moi pendant les années de concours. Merci papa de m'avoir fait découvrir et aimer ce métier, de m'avoir tant accompagné et soutenu pendant toutes ces années ; ta force de caractère et ton courage m'ont beaucoup aidé dans les périodes de doutes.

Aujourd'hui, ma réussite est la vôtre.

Vous étiez toujours là dans les moments difficiles pour me remonter admirablement le moral, recevez en retour mes plus profonds remerciements avec mon éternel Amour.

A mes sœurs, Fanny et Valentine, j'espère que nos chamailleries enfantines vont un jour s'achever ! La vie est trop courte, alors profitons de chaque instant. Avec tout mon Amour.

A mon fiancé, Mickael. Je tiens à te remercier pour ton soutien pendant toutes ces années. Merci de m'avoir tant aidé durant le concours, de par tes connaissances, tes nombreux sacrifices, ton dévouement, tes encouragements, ta patience, tes petits mots réconfortants « ca va aller hein ? » et ton Amour. Je te remercie pour ces années de bonheur, de complicité, de tendresse et d'amour. Ta présence à mes côtés, ton ambition et tes projets débordants, dont je suis fière, me font avancer un peu plus chaque jour dans la vie, tu es toujours là dans les périodes de doutes pour me permettre de ne jamais baisser les bras. Je te dois beaucoup et plus encore. Ce travail étant achevé, nous allons pouvoir commencer nos projets de vie à deux...Comme je te le dis souvent : « moi aussi » !

A mes grands-parents, un grand merci pour l'amour et l'affection que vous m'apportez au quotidien. Vous m'avez beaucoup aidé de par vos connaissances, vos encouragements et votre bonne humeur. Je tiens à vous exprimer tout mon Amour.

A Minouche, j'aurais tellement aimé que tu sois à mes côtés aujourd'hui. Toi qui me parlais souvent de ma thèse dans tes derniers moments, me voilà arrivée au bout et je sais que tu aurais été fière de moi. Pour toi qui ne te plaignais jamais, même dans la maladie, qui avait toujours le moral, je m'efforce tous les jours de ne pas être triste, car c'est ce que tu aurais voulu. Ton courage est un exemple pour moi et fait aujourd'hui ma force.

Je garderai toujours en mémoire ton dynamisme et ta joie de vivre. Avec tout mon Amour.

A Pinouche, de là haut.... J'aurais tant aimé te connaître davantage.

A Paulette, un grand merci pour les cours de maths passés à tes côtés ! Tu as su m'enseigner et m'aider à 90 ans, avec une telle patience et une grande gentillesse. Quelle pêche ! J'espère être comme toi à cet âge ! Trouve ici le témoignage de toute mon admiration et de mon affection.

A Yvette, tu m'as pouponné depuis mes 1 ans, aujourd'hui je suis une grande fille mais j'ai encore besoin de ton affection ! Comme je dis souvent, « elle est chouette mon Yvette ! ». Trouve ici le témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon amour.

A mes futurs beaux-parents, Claudine et Angelo, pour leur soutien et leurs encouragements. Nous ne nous comprenons pas toujours, néanmoins, assurez vous de toute mon affection.

A mes amies d'enfance, Muriel, Anne-Lise et Julie, quel chemin parcouru depuis l'école maternelle ! Merci pour votre soutien, votre compréhension lorsque je vous ai délaissé pendant le concours ; il était difficile pour vous de comprendre pourquoi je travaillais autant, mais vous ne m'avez jamais laissé tomber et aujourd'hui je suis très contente d'être arrivée jusque là. Malgré notre éloignement géographique, j'espère que notre amitié sera éternelle.

A Claire, de là-haut..., tu me manques beaucoup.

A mes amis de fac, Chloé, Muriel, Aurélie, Loïc, Sidonie,...pour votre soutien, et aussi pour ces années enrichissantes, ces moments de stress et de joie partagés. Nous voilà à la fin tant espérée qui s'avère être le début de plein de nouvelles choses enrichissantes !

A Florence, Virginie, Claire, en souvenir de nos soirées. Que de bons moments ! Merci de votre soutien, de votre bonne humeur et de votre brin de folie !

A Sophie, Karine, Agnès et Franck, mes amis avant d'être mes collègues. Merci pour votre soutien, votre écoute et votre bonne humeur au quotidien ! Avec toute mon amitié.

A toute l'équipe de la pharmacie Houvain, pour m'avoir appris de nombreuses choses quand je travaillais à vos côtés ! Merci pour votre patience et votre gentillesse.

A Aline, Michèle, Elisabeth et Jean-François, pour les merveilleux souvenirs que je garde de mon stage hospitalier !

A Philippe Maietti, pour ton aide précieuse et ta disponibilité dans la réalisation de ce travail.

A Christian Camuzeaux, pour son écoute et son aide.

Aux pharmaciens qui ont bien voulu répondre à mon questionnaire, pour leur patience et leur gentillesse.

A tous, famille, amis, professeurs, pour votre soutien, vos encouragements, vos enseignements, qui font que j'exerce, aujourd'hui, selon moi, le plus beau métier du monde !

LISTE DES ABREVIATIONS

- AAPI** : Association d'Aide aux Personnes Incontinentes
ACTP : Allocation Compensatrice à la Tierce Personne
ADDFMS : Aliments Diététiques Destinés à des Fins Médicales Spéciales
ADL : Activities of Daily Living
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources
ALD : Affection Longue Durée
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées.
AVF : Algies Vasculaires de la Face
BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
BPDO : Bonnes Pratiques de Dispensation à Domicile de l'Oxygène à usage médical
CANTOU : Centre d'Animation Naturel Tiré d'Occupations Utiles
CAPS : Collectifs d'Aide Personnalisée en Santé
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CEPP : Commission d'Evaluation des Produits et Prestations
CERAH : Centre d'Etudes et de Recherche sur l'Appareillage des handicapés
CESPHARM : Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française
CH : charrière
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNO : Complémentation Nutritionnelle Orale
CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CSP : Code de la Santé Publique
DEP : Demande d'Entente Préalable
DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age
DM : Dispositif Médical
DRDR : Dotation Régionale de Développement des Réseaux
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DU : Diplôme Universitaire
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ERPM : Etablissement Recevant du Public en Magasin

GHT : Groupe Homogène de Tarif
GIR : Groupe Iso Ressources
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
IADL: Instrumental Activity of Daily Living
ICOMT: Inhibiteur de la Catéchol-O-méthyltransférase
IMC: Indice de Masse Corporelle
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
JO : Journal Officiel
LPPR: Liste de Produits et Prestations Remboursables
mL : millilitre
MA : Maladie d'Alzheimer
MAD : Maintien A Domicile
MARPA : Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées
MAPA : Maison d'Accueil pour Personnes Agées
MAPAD : Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes
MMSE : Mini Mental State Examination
MNA : Mini Nutritional Assessment
MSA : Mutualité Sociale Agricole
NED : Nutrition Entérale à Domicile
OCT : Tomographie par Cohérence Optique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PNNS : Plan National Nutrition Santé
RPSS : Résumé Par Sous-Séquence
SAD : Soins A Domicile
SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
USLD : Unité de Soins Longue Durée
VEMS : Volume Expiratoire Maximal Seconde
VHP : Véhicule pour Handicapé Physique
VIH : Virus de l'Immunodéficiency Humaine
VSL : Véhicule Sanitaire Léger

SOMMAIRE

<u>Introduction</u>	1
<u>Chapitre 1 : L'augmentation de l'espérance de vie et ses conséquences</u>	3
<u>1-Le vieillissement et les personnes âgées</u>	4
1-1 L'évolution démographique	4
<u>1-1-1 Données générales</u>	4
<u>1-1-2 Evolutions et projections</u>	5
<u>1-1-3 L'espérance de vie des personnes âgées</u>	5
1-2 Les caractéristiques du vieillissement	6
<u>1-2-1 Les différents aspects du vieillissement</u>	6
<u>1-2-2 Les modifications pharmacocinétiques</u>	7
1-3 L'état de santé des personnes âgées	9
<u>1-3-1 La dépendance des personnes âgées</u>	9
<u>A/ Définition et évolution</u>	9
<u>B / Evaluation de la dépendance</u>	10
<u>1-3-2 Les pathologies les plus rencontrées</u>	12
<u>A/ Les pathologies cardiovasculaires</u>	12
<u>B/ Les troubles locomoteurs</u>	12
<u>C/ Les troubles sensoriels</u>	13
<u>D/ Les pathologies du système nerveux</u>	13
<u>E/ La dénutrition</u>	14
<u>F/ L'incontinence urinaire</u>	14
<u>G/ L'insuffisance rénale</u>	15
<u>2- Résultats de l'enquête- Conclusions</u>	16
<u>Chapitre 2 : Le MAD à l'officine</u>	17
<u>1- Généralités</u>	18
1-1 Qu'est-ce-que le MAD ?	18
1-2 Une demande croissante	19
1-3 Historique du MAD	20
1-4 Quand entre-t-on en MAD ?	22
1-5 Les acteurs du MAD	23

<u>2- Les autres structures d'intervention</u>	26
2-1 L'hospitalisation à domicile	26
<u>2-1-1 Historique</u>	26
<u>2-1-2 Qu'est-ce-que l'HAD ?</u>	27
<u>2-1-3 Démarche</u>	27
<u>2-1-4 Qui s'occupe de l'HAD ?</u>	28
<u>2-1-5 Comment sort-on de l'HAD ?</u>	28
<u>2-1-6 Pourquoi l'HAD ?</u>	28
<u>2-1-7 Financement</u>	29
<u>2-1-8 Structures d'HAD en France et évolution</u>	29
2-2 Les soins à domicile	29
<u>2-2-1 Que sont les SAD ?</u>	29
<u>2-2-2 Démarche</u>	29
<u>2-2-3 Qui s'occupe des SAD ?</u>	30
<u>2-2-4 Quand arrête-t-on les SAD ?</u>	30
<u>2-2-5 Pourquoi les SAD ?</u>	30
<u>2-2-6 Financement</u>	30
<u>3- Les modalités de prise en charge</u>	31
<u>4- Le remboursement du matériel médical</u>	35
<u>5- Conclusion</u>	36
<u>Chapitre 3 : la place du pharmacien dans le MAD</u>	37
<u>1-Diplôme et formation</u>	38
<u>2-Le local</u>	40
<u>3-Les prestataires de services et les structures de grossistes</u>	41
<u>4- Faire face à la concurrence</u>	43
<u>5- Les réseaux de santé</u>	46
5-1 Définition	46
5-2 Organisation	47
5-3 Financement	47
5-4 Intérêt	48
<u>6- Les limites du MAD</u>	49
<u>7- Points forts et points faibles du pharmacien d'officine</u>	50

Chapitre 4 : Le pharmacien, acteur dans la prise en charge de la personne âgée à domicile 52

1- Une prise en charge adaptée à la personne âgée 53

2- L'évaluation fonctionnelle de la personne âgée 53

3- Le recensement des besoins 56

3-1 L'aménagement de la chambre de la personne âgée 57

3-1-1 Le lit médical et son environnement 57

A/ Les différents types de lit 57

B/ Les annexes 58

C/ La prise en charge 60

3-1-2 Les escarres 61

A/ Généralités 61

B/ Le matériel 64

C/ Traitement 68

3-1-3 Le rôle du pharmacien 68

3-1-4 Conclusion 69

3-2 La prise en charge des déplacements de la personne âgée 71

3-2-1 Les aides à la marche 72

3-2-2 Les véhicules pour handicapés physiques (VHP) 74

A/ Les différents VHP 74

B/ Critères de choix d'un VHP 75

C/ Les annexes 77

D/ La prise en charge 78

E/ Le rôle du pharmacien 79

3-2-3 Les fauteuils 80

3-2-4 Les aides aux transferts 81

3-2-5 Conclusion 83

3-3 La prévention des chutes 84

3-4 L'aide à l'hygiène de la personne 87

3-4-1 Les toilettes 88

3-4-2 La salle de bains 88

3-4-3 La cuisine 89

4- Conclusion 90

Chapitre 5 : Les cas particuliers dans la prise en charge de la personne âgée à domicile 91

1- L'incontinence urinaire 92

1-1 Définition et généralités 92

1-2 Physiopathologie 92

1-3 Les différents types d'incontinence et leurs étiologies	94
1-4 Méthodes thérapeutiques dans le cadre du MAD	95
<u>1-4-1 Aides matérielles</u>	96
A/ Appareillage de drainage passif	97
B/ Appareillage de drainage actif	100
C/ Le matériel absorbant	102
<u>1-4-2 Aides humaines et sociales</u>	106
<u>1-4-3 La rééducation</u>	107
A/ La rééducation comportementale	107
B/ La rééducation périnéale à domicile	107
1-5 Rôles du pharmacien	108
1-6 Conclusion	110
<u>2- La maladie d'Alzheimer et les états démentiels</u>	111
2-1 Définition et généralités	111
2-2 Physiopathologie	113
2-3 Comment reconnaître le patient atteint de la MA ?	114
2-4 Méthodes thérapeutiques dans le cadre du MAD	115
<u>2-4-1 L'aménagement du domicile</u>	116
<u>2-4-2 Conseils pour la vie quotidienne</u>	119
<u>2-4-3 Plan Alzheimer et rôles du pharmacien</u>	121
2-5 Conclusion	124
<u>3- La maladie de Parkinson</u>	124
3-1 Définition et généralités	124
3-2 Physiopathologie	126
3-3 Facteurs de risque	126
3-4 Comment reconnaître le patient parkinsonien ?	128
3-5 Méthodes thérapeutiques dans le cadre du MAD	129
3-6 Rôles du pharmacien	138
3-7 Conclusion	140

<u>4- La prise en charge de la personne dénutrie</u>	142
4-1 Généralités	142
4-2 Mécanismes et facteurs favorisants	142
<u>4-2-1 Le vieillissement de l'appareil digestif</u>	142
<u>4-2-2 La modification de l'eau totale avec le vieillissement</u>	143
<u>4-2-3 Les besoins énergétiques chez la personne âgée</u>	143
<u>4-2-4 Le vieillissement buccodentaire</u>	144
<u>4-2-5 Les perturbations du goût</u>	144
<u>4-2-6 Les troubles de la déglutition</u>	144
<u>4-2-7 Les troubles psychiatriques et neurologiques</u>	144
<u>4-2-8 Les traitements médicamenteux au long cours</u>	144
<u>4-2-9 Les affections aiguës</u>	144
<u>4-2-10 La dépendance pour les actes de la vie quotidienne</u>	145
<u>4-2-11 Les régimes restrictifs</u>	145
<u>4-2-12 Les problèmes socio-environnementaux</u>	145
4-3 Comment reconnaît-on le patient dénutri ?	145
4-4 Méthodes thérapeutiques dans le cadre du MAD	146
<u>4-4-1 La complémentation nutritionnelle orale</u>	147
<u>A/ Présentation</u>	147
<u>B/ Composition</u>	148
<u>C/ Indication</u>	148
<u>4-4-2 La nutrition entérale à domicile</u>	149
<u>A/ Principe de fonctionnement</u>	149
<u>B/ Produits nutritifs</u>	151
<u>C/ Indications</u>	152
<u>D/ Conditions de prise en charge</u>	152
<u>4-4-3 La nutrition parentérale à domicile</u>	154
<u>4-4-4 L'aménagement du domicile par des aides matérielles</u>	154
<u>4-4-5 Les aides humaines et sociales</u>	154
4-5 Rôles du pharmacien d'officine	155
<u>4-5-1 Les conseils sur les habitudes de vie</u>	156
<u>4-5-2 A propos des CNO</u>	157
<u>4-5-3 A propos de la nutrition entérale</u>	158
<u>4-5-4 La place du pharmacien dans le PNNS</u>	159
4-6 Conclusion	160
<u>5- Les problèmes respiratoires chez la personne âgée</u>	160
5-1 Généralités	160
<u>5-1-1 Le vieillissement de l'appareil respiratoire</u>	160
<u>5-1-2 Les indications de l'oxygénothérapie</u>	161
5-2 Les différentes formes d'oxygène à l'officine	162

5-3 Prescription et prise en charge	163
5-4 Attitude du pharmacien face aux différentes demandes	165
5-5 Rôles du pharmacien dans l'oxygénothérapie à domicile	166
5-6 Conclusion	167
<u>6- La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)</u>	168
6-1 Généralités	168
6-2 Physiopathologie	168
6-3 Facteurs de risque	169
6-4 Comment reconnaître le patient atteint de DMLA ?	170
6-5 Aides matérielles nécessaires	170
6-6 Rôles du pharmacien	173
<u>6-6-1 La prévention de la maladie</u>	173
<u>6-6-2 Le pharmacien face au patient atteint de DMLA</u>	174
<u>6-6-3 L'orientation vers des aides humaines et sociales</u>	175
6-7 Conclusion	176
<u>Chapitre 6 : La prise en charge de l'entourage du patient à domicile</u>	177
<u>1- L'information et le soutien de l'entourage</u>	178
1-1 La famille au cœur de la prise en charge	178
1-2 L'aide apportée à la famille	178
<u>2- Les alternatives au maintien à domicile</u>	179
2-1 La prise en charge occasionnelle	179
<u>2-1-1 L'hôpital de court et de moyen séjour</u>	179
<u>2-1-2 Les accueils de jour</u>	179
<u>2-1-3 Les accueils de nuit</u>	180
<u>2-1-4 Les hébergements temporaires</u>	180
2-2 Les institutions d'hébergement	181
<u>2-2-1 Les services de long séjour</u>	181
<u>2-2-2 Les maisons de retraite</u>	181
<u>2-2-3 Les foyers logements</u>	182

<u>2-2-4 Les maisons d'accueil</u>	182
<u>2-2-5 Les Unités de Soins de Longue Durée</u>	183
<u>2-2-6 Les familles d'accueil</u>	183
<u>2-2-7 Les CANTOU</u>	183
<u>Conclusion</u>	185
<u>Annexes</u>	187
<u>Enquête MAD</u>	202
<u>Bibliographie</u>	211

INTRODUCTION

Actuellement en France, la proportion de personnes âgées ne cesse d'augmenter. En effet, au 1^{er} janvier 2008, d'après les sources de l'Insee, la France compterait 21,6% de personnes âgées de 60 ans ou plus contre 20,2% dix ans plus tôt. De plus, de par les progrès en médecine, les recherches médicales, la mise sur le marché de nouvelles molécules, de nouveaux vaccins, l'accroissement de la population âgée dans les années à venir s'avère indéniable, si bien qu'en 2030, un tiers de la population française devrait avoir plus de 60 ans. Ce bouleversement démographique risque d'entraîner de lourdes conséquences, tant au niveau sanitaire et social, qu'au niveau économique. En effet, les personnes âgées coûtent cher car elles nécessitent davantage de soins et, dans le contexte actuel, la France n'est pas prête à pallier financièrement ces dépenses.

Le problème du vieillissement est aussi social : on se doit d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées notamment en leur donnant le choix de continuer à vivre chez elles, si elles le désirent.

Afin de prévenir dès aujourd'hui l'arrivée massive de ces personnes âgées, le maintien à domicile peut être une solution adaptée, même si son organisation actuelle doit être repensée. L'évolution de l'état de santé d'une personne étant différente d'un patient à l'autre, ceci nécessitera une prise en charge individuelle, adaptée à chaque personne, selon ses besoins.

C'est pourquoi, après avoir exposé le vieillissement de la population ainsi que les problèmes de dépendance et de perte d'autonomie qu'il engendre, nous verrons comment s'organise actuellement le MAD au sein de l'officine. La concurrence grandissant dans ce domaine, nous essaierons de trouver des solutions pour y faire face et montrerons que le pharmacien reste un acteur incontournable dans la délivrance de matériel médical.

Comme exemple, nous évoquerons la prise en charge de la personne âgée dans les pathologies les plus fréquemment rencontrées au comptoir. Enfin, dans une dernière partie, nous soulignerons les aides pouvant être apportées à la famille, lorsque la charge du malade devient trop conséquente.

Tout au long de ce travail, nous nous appuyerons sur les résultats d'une enquête que j'ai réalisée auprès des pharmaciens, afin de connaître leur implication dans le MAD, leurs attentes et leurs besoins, pour faire de l'officinal un intervenant à part entière.

Pour ce faire, j'ai rencontré une trentaine de titulaires. La majorité d'entre eux étant pris par le temps, j'ai décidé d'élaborer un questionnaire que j'ai déposé aux officinaux afin qu'ils puissent y répondre. Je me suis dirigée dans divers quartiers de Nancy, en ciblant les officines susceptibles d'être impliquées dans le MAD (vitrine, enseigne,...), ainsi que dans sa banlieue et quelques villages alentours.

Ce questionnaire porte sur deux thèmes : la première partie vise à déterminer la place du pharmacien dans le MAD, ses demandes et ses conseils face à la prise en charge d'un patient ; la deuxième partie permet de voir comment l'officinal fait face à la concurrence et quels seraient les moyens pour renforcer son rôle dans ce domaine.

Une vingtaine de réponses a été obtenue : 17 d'entre elles proviennent de titulaires installés en zone urbaine, 2 en zone semi-rurale et 1 en zone rurale.

Les résultats portant que sur une vingtaine de personnes, ils ne sont bien sûr pas exhaustifs mais seront utilisés comme exemple dans ce travail. L'ensemble est mis en annexe, à la fin de cet ouvrage.

Chapitre 1 :
L'augmentation de
l'espérance de vie et ses
conséquences

1-Le vieillissement et les personnes âgées

1-1 L'évolution démographique

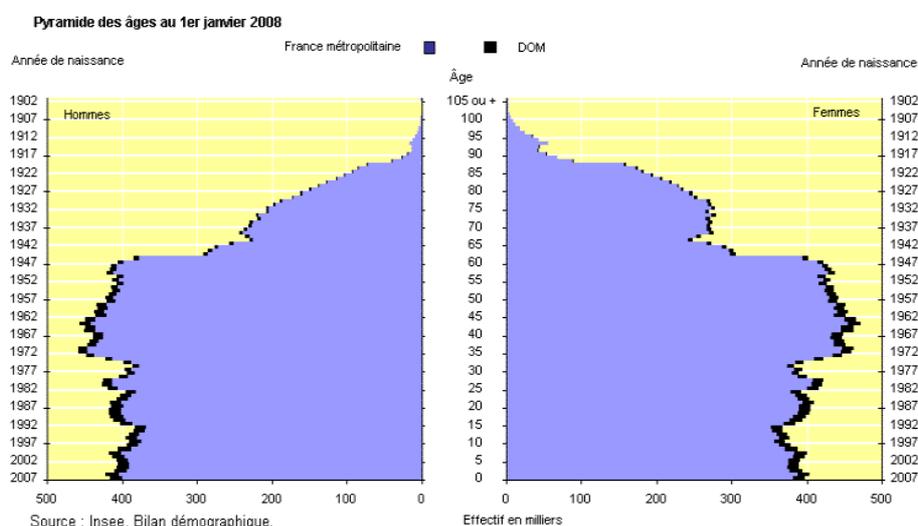
1-1-1 Données générales

Le XXIème siècle sera le siècle des séniors. On emploie le terme de « sénior » ou de « personnes âgées » pour désigner toute personne de 60 ans ou plus dont le nombre ne cesse d'augmenter, à tel point que certains auteurs parlent de « papy-boom » ! Ceci se confirme en effet par de récentes études de l'Insee. Au 1er janvier 2008, les moins de 20 ans représentent pour la première fois moins d'un quart de la population (24,9 % contre 26 % en 1998). Actuellement, 10,6% des personnes âgées de 75 ans ou plus sont des femmes et 6,6% des hommes, ce qui montre une certaine disparité selon le sexe. (Tableau 1 et Figure 1)

Tableau 1 : Structure par âge des populations françaises masculines et féminines [1]

	2007	2007	2008	2008	2009	2009	2010	2010
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Moins de 15 ans	17,4	19,3	17,4	19,3	17,5	19,5	17,5	19,6
15-24 ans	12,2	13,2	12,0	13,1	12,1	13,3	12,0	13,1
25-34 ans	12,6	13,5	12,4	13,3	12,2	12,8	12,1	12,7
35-44 ans	13,9	14,5	13,9	14,5	13,8	14,3	13,6	14,2
45-54 ans	13,6	13,8	13,5	13,7	13,4	13,7	13,4	13,7
55-64 ans	11,5	11,8	11,9	12,1	12,2	12,3	12,4	12,5
65-74 ans	8,4	7,6	8,3	7,5	8,2	7,5	8,2	7,5
75 ans ou plus	10,4	6,3	10,6	6,5	10,6	6,6	10,8	6,7

Figure 1 : La pyramide des âges au 1^{er} janvier 2008 [1]



1-1-2 Evolutions et projections [1]

Selon les projections de l'INSEE, la croissance de la population française métropolitaine sera ininterrompue jusqu'en 2050. La France compterait alors 70 millions d'habitants (et non 64 millions comme on l'estimait jusqu'à présent), soit 9,3 millions de plus qu'en 2005.

Le vieillissement de la population conduira à une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. Ainsi, en supposant une stabilité de la durée de vie moyenne en dépendance, 1 200 000 personnes seront dépendantes en 2040, contre 800 000 actuellement. De ce fait, on devine que la prise en charge devra être adaptée à chaque personne, engendrant un coût supplémentaire aux dépenses de santé.

En ce qui concerne la Meurthe et Moselle, l'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 85 ans semble se confirmer, entraînant une augmentation du nombre de personnes dépendantes. Ainsi, d'après des études récentes de l'Insee, près d'un tiers des Meurthe-et-Mosellans ont besoin d'aide pour accomplir les gestes de la vie quotidienne ; les femmes vivent plus longtemps et, à âge égal, sont plus souvent dépendantes. Vers 2015, le nombre de personnes dépendantes devrait encore augmenter avec parallèlement une augmentation des aidants professionnels. En effet, autrefois région jeune, la Lorraine compte désormais près de 500 000 personnes âgées de 60 ans ou plus, soit une proportion (21%) presque identique à la moyenne française. Parmi elles, 150 000 ont plus de 75 ans. L'allongement de la durée de vie et l'arrivée à l'âge mûr des enfants du «baby-boom» vont modifier la pyramide des âges. En 2020, les 60 ans ou plus seraient plus de 630 000 et représenteraient alors 28% de la population lorraine.

1-1-3 L'espérance de vie des personnes âgées

D'après les données de l'Insee de 2009, l'espérance de vie en France métropolitaine serait de 77,8 ans pour les hommes contre 84,5 ans pour les femmes (Tableau 2). Quinze ans plus tôt, celle-ci était de 73 ans et de 81 ans ce qui révèle une très nette augmentation. Ce résultat est la conséquence de progrès en médecine (vaccinations, chirurgie, antibiotiques,..), de progrès techniques (conservation des aliments par le froid, mise en place de matériels de sécurité, ..), d'une politique de santé publique (normes de sécurité dans les entreprises, campagnes de prévention contre le tabac, l'alcool), d'une hausse du niveau de vie avec une réduction de l'extrême pauvreté, mais aussi d'une prise de conscience concernant notamment les risques liés à l'usage du tabac ou de l'alcool.

Tableau 2 : Espérance de vie à la naissance des français [2]

	Hommes	Femmes
2000	75,3	82,8
2001	75,5	82,9
2002	75,8	83,0
2003	75,9	82,9
2004	76,8	83,9
2005	76,8	83,9
2006	77,2	84,2
2007	77,4	84,4
2008	77,5	84,3
2009	77,8	84,5

Par ailleurs, on peut souligner une certaine disparité selon les régions françaises entre les taux de natalité et de mortalité. En effet, en Ile de France, Normandie, Rhône Alpes, Pays de la Loire essentiellement, les taux de natalité dépassent ceux de la mortalité car ce sont des régions économiquement actives. Par contre, pour d'autres régions comme la Franche-Comté ou le Limousin, les taux s'équilibrent difficilement et sont à l'avantage de ceux de la mortalité pour le Massif Central. Le Limousin souffre du manque de centres économiques alors que la région Rhône-Alpes ou la Provence-Alpes-Côte-D'azur, avec une densité de population importante, voit sa capacité d'accueil en hébergement augmenter et les services de soins et d'aide à domicile évoluer.

1-2 Les caractéristiques du vieillissement

1-2-1 Les différents aspects [3]

Le vieillissement a un double sens, celui de sénescence et d'avance dans l'âge. La sénescence se définit par l'ensemble des processus biologiques qui, à mesure de l'avance dans l'âge, rendent les individus plus sensibles aux facteurs endogènes ou exogènes susceptibles d'entraîner la mort.

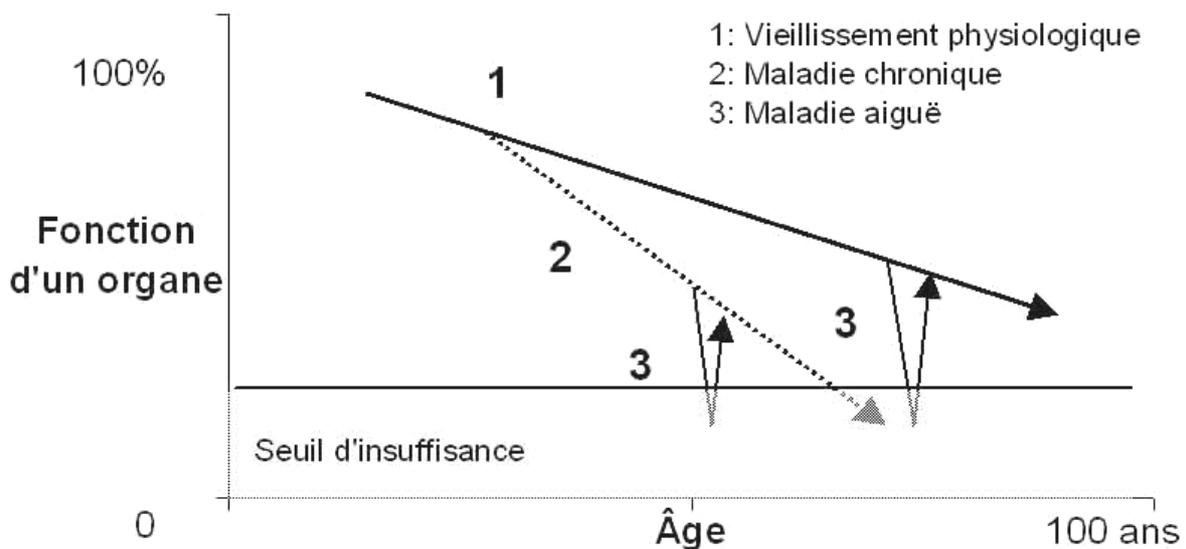
Le vieillissement est multiforme, caractérisé par des modifications cellulaires et métaboliques, liées à l'accumulation d'effets délétères au niveau moléculaire. En effet, non seulement le vieillissement est caractérisé par une diminution progressive du nombre de cellules dans les différents tissus, mais aussi par de nombreuses anomalies de fonctionnement des cellules restantes.

Les cellules non renouvelables (nerveuses, musculaires, striées) deviennent progressivement incapables de synthétiser convenablement les molécules protéiques indispensables à leur bon fonctionnement et accumulent toute une série de déchets qui gênent leur métabolisme, entraînant leur mort. Les cellules renouvelables (épithéliales, conjonctives) ont une capacité de division limitée dans le temps, caractérisée par un épuisement de la faculté de mitoses.

Ces modifications se traduisent par des changements morphologiques tissulaires : atrophie de la masse métaboliquement active, accroissement du tissu grasseux, déshydratation et perte d'élasticité des tissus interstitiels.

L'organisme âgé fonctionne comme un système en équilibre précaire, puisque la modification d'un élément entraîne des réactions en chaîne. C'est la théorie du « 1+2+3 de Bouchon », décrite en 1984. Sur le schéma (Figure 2), l'abscisse donne l'âge du patient tandis que l'ordonnée représente la fonction d'un organe. La courbe 1 représente les effets du vieillissement, le vieillissement isolé n'aboutissant jamais à lui seul à l'insuffisance fonctionnelle. La courbe 2 représente l'effet d'une maladie chronique venant se greffer sur celui du vieillissement, altérant la fonction d'un organe (syndrome démentiel, hypertension artérielle, ostéoporose...). La maladie chronique, si elle évolue, peut ensuite conduire au stade d'insuffisance. Enfin, la courbe 3 représente le facteur aigu de décompensation (broncho-pneumonie suite à un œdème aigu du poumon,...)

Figure 2 : La théorie du « 1+2+3 » de Bouchon [4]



Ainsi, le vieillissement à lui seul n'est pas responsable d'une insuffisance fonctionnelle. En revanche, chez le sujet âgé, une maladie, chronique ou aiguë, a des répercussions importantes car ses effets s'ajoutent aux altérations dues au vieillissement. Ceci entraîne des événements en cascade qui aggravent le pronostic.

1-2-2 Les modifications pharmacocinétiques [5]

Toutes les étapes de la pharmacocinétique peuvent être modifiées par l'âge, mais ces modifications n'ont pas toutes la même importance clinique. (Tableau 3).

Tableau 3 : les conséquences des modifications pharmacocinétiques liées à l'âge [5]

Etapes de la cinétique	Paramètres modifiés	Conséquences
Absorption	-diminution de la sécrétion gastrique -diminution de la vidange gastrique -diminution de la mobilité intestinale -diminution du flux sanguin splanchnique (provenant de l'appareil digestif) -augmentation du pH gastrique	Aucune en général
Distribution	-diminution de l'eau totale corporelle et de la masse musculaire -augmentation de la masse grasse -diminution de l'albumine plasmatique -modification de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique	-diminution du volume de distribution des produits hydrosolubles -augmentation du volume de distribution des produits lipophiles -diminution de fixation -plus grande sensibilité aux médicaments du SNC
Métabolisme	-diminution du débit sanguin hépatique -diminution du volume du foie -diminution du métabolisme hépatique	-diminution des clairances hépatiques -augmentation de la biodisponibilité (premier passage hépatique)
Élimination rénale	-diminution de la filtration glomérulaire -diminution du flux sanguin rénal -diminution de la sécrétion tubulaire	-réduction de la clairance d'élimination (risque d'accumulation)

Ces modifications agissent essentiellement sur le devenir du médicament, entraînant des effets indésirables, plus nombreux chez la personne âgée, puisque des études de la CNAMTS ont montré que ces effets indésirables sont deux fois plus fréquents en moyenne après 65 ans et que 10 à 20 % conduisent à une hospitalisation, d'où le rôle du pharmacien qui reste primordial dans la délivrance des médicaments, par sa vigilance et ses conseils.

1-3 L'état de santé des personnes âgées

1-3-1 La dépendance des personnes âgées [6]

A/ Définition et évolution

La dépendance est caractérisée par l'impossibilité partielle ou totale pour une personne : - d'effectuer sans aide les activités de la vie qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales.

- de s'adapter à son environnement.

Elle implique de se tourner vers un tiers pour une aide.

Actuellement, on estime à 800 000 le nombre de personnes dépendantes. Mais avec l'augmentation du vieillissement de la population, on estime à 1 200 000 ce nombre en 2040. La dépendance augmente fortement avec l'âge : 2% entre 60 et 69 ans, 10% à 80 ans et 30% à 90 ans. Parmi les personnes dépendantes, 2/3 sont des femmes, en raison d'un plus grand nombre dans la population âgée. Chez les hommes comme chez les femmes, le taux de dépendance reste faible jusqu'à 75 ans puis augmente rapidement.

En 2009, l'âge moyen des personnes dépendantes est de 79 ans pour les hommes et de 83 ans pour les femmes. En 2040, il serait de 82 ans et 88 ans. Cette augmentation s'explique d'une part par celle de l'âge moyen, et d'autre part, par le renouvellement des générations : en 2040, les « baby-boomers » auront entre 65 et 95 ans.

Aujourd'hui, la prise en charge de ces personnes associe solidarité familiale (aide apportée par les proches) et collective, par le biais de prestations comme l'allocation personnalisée d'autonomie que nous étudierons par la suite.

L'Insee indique qu'en 2000, le nombre d'aidants potentiels était évalué en moyenne à 2,8 pour un homme et à 2,2 pour une femme. Ceci s'explique par le fait que les hommes ont une espérance de vie plus courte, et qu'ils ont souvent recours à l'aide de leur conjointe dans les actes de la vie courante. En 2040, le nombre d'aidants potentiels va diminuer passant à 2,3 pour les hommes et à 2,0 pour les femmes (Tableau 4).

Ceci s'explique par:

- ✓ L'âge moyen des personnes dépendantes qui va augmenter.
- ✓ L'espérance de vie qui va s'allonger.
- ✓ Les ruptures dans les couples qui devraient être plus fréquentes.
- ✓ La baisse de la fécondité qui devrait diminuer le nombre d'enfants aidants.

Tableau 4 : Evolution du nombre d'aidants potentiels [34]

Année	Homme	Femme
2000	2,8	2,2
2020	2,6	2,2
2040	2,3	2,0

D'après une récente étude de la DREES intitulée « les aides et les aidants des personnes âgées », parmi les personnes de plus de 60 ans, la moitié d'entre elles sont aidées uniquement par leur entourage. Dans 29% des situations, une aide professionnelle et une aide de l'entourage sont associées et 21% des personnes bénéficient uniquement d'une aide professionnelle.

Les aidants non professionnels sont le plus souvent des membres de la famille (90% des aidants), tandis que les amis et les voisins sont peu concernés (9%). 66% sont des femmes, la moitié sont des conjoints et un tiers sont des enfants. Plus d'un tiers d'entre eux déclarent que ce rôle a des conséquences négatives sur leur bien-être, physique ou moral, mais 31% déclarent le contraire. [7]

B/ Evaluation de la dépendance [6]

Pour évaluer la dépendance d'une personne âgée, plusieurs échelles existent :

- **La grille AGGIR** (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources), créée en 1994 et réalisée par des gériatres.

C'est un outil de mesure de l'autonomie comprenant dix variables discriminantes et sept illustratives.

Les variables discriminantes, qui vont déterminer le groupe iso-ressources, sont les suivantes :

- *cohérence* : converser et/ou se comporter de façon logique et sensée.
- *orientation* : se repérer dans le temps, les moments de la journée, les lieux.
- *toilette* : assurer son hygiène corporelle.
- *habillement* : s'habiller, se déshabiller, choisir ses vêtements.
- *alimentation* : se servir et manger les aliments préparés.
- *hygiène de l'élimination* : assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale.
- *transferts* : se lever, se coucher, s'asseoir.
- *déplacements à l'intérieur* du logement.
- *déplacements à l'extérieur*.
- *communication à distance* : utiliser les moyens de communication.

Les variables illustratives, quant à elles, complètent des informations mais n'entrent pas dans le calcul des GIR. Ce sont :

- la gestion personnelle du budget et des biens ;
- la cuisine ;
- le ménage ;
- les transports ;
- les achats ;
- le suivi du traitement médical ;
- les activités du temps libre.

Chaque variable a 3 modalités :

A : fait seul, totalement, habituellement et correctement.

B : fait partiellement ou non habituellement ou non correctement.

C : ne fait pas.

A partir de ces réponses, un algorithme donne des points, calcule un score et attribue à chaque personne un groupe iso-ressources (GIR) avec des niveaux allant de 1 à 6 (un groupe iso-ressources comprend des personnes qui nécessitent une même mobilisation de ressources pour faire face à leur dépendance). Le niveau 1 correspond à la plus lourde dépendance, les patients ont perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et nécessitent la présence continue d'intervenants. Le niveau 6 correspond à des personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie motrice pour les actes de la vie quotidienne. (Annexe 1)

➤ L'échelle ADL de Katz (activities of daily living):

Elle permet d'évaluer la personne sur ses capacités dans les activités de la vie quotidienne : faire sa toilette, s'habiller, aller aux toilettes, contrôler ses sphincters, se nourrir. (Annexe 2)

➤ L'échelle IADL de Lawton :

Elle évalue des fonctions plus spécifiques et permet de dépister des troubles cognitifs : capacité à réaliser des actes comme utiliser le téléphone, faire les courses, préparer les repas, faire le ménage, la lessive, prendre ses médicaments,... (Annexe 3).

Ces échelles sont les plus utilisées et servent surtout à bien comprendre le niveau d'autonomie et à organiser les aides nécessaires. Elles permettent de « classer » les patients en fonction de leur dépendance pour définir les soins à leur attribuer. En institution, avoir une idée sur le niveau de dépendance permet une meilleure répartition des moyens. **La grille AGGIR est la plus utilisée actuellement** car elle permet l'attribution des allocations comme l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

Cependant, cette échelle a été longtemps critiquée par beaucoup de professionnels, car elle mesure uniquement un niveau d'incapacité et en aucun cas un besoin d'aide qui devrait prendre en compte beaucoup d'autres critères tels que : le niveau de déficience, l'environnement géographique, affectif, économique de la personne, sa demande, la façon dont elle vit avec ses difficultés,....

1-3-2 Les pathologies les plus rencontrées [8]

Le vieillissement est responsable de difficultés d'adaptation de l'organisme. L'organisme est plus fragile et le sujet âgé se retrouve bien souvent poly pathologique.

A/ Les pathologies cardiovasculaires

Les atteintes cardiovasculaires sont très fréquentes chez les personnes âgées. L'hypertension artérielle concerne 30 à 50% des sujets de plus de 65 ans et son implication dans la survenue d'atteintes cardiovasculaires est prouvée. En effet, certaines modifications anatomiques apparaissent avec le vieillissement, entraînant plusieurs modifications fonctionnelles. (Tableau 5)

Tableau 5 : Les modifications cardiovasculaires liées à l'âge

Modifications anatomiques	Modifications fonctionnelles
Cœur : -augmentation modérée de la masse ventriculaire et de la rigidité pariétale -dilatation modérée de l'oreillette gauche -sclérose et calcifications des valves -remaniement du tissu nodal	Cœur : -diminution du débit cardiaque -diminution de la réserve cardiaque et de la tolérance à l'effort -risque de troubles du rythme et de conduction
Vaisseaux : -épaississement et perte d'élasticité des parois vasculaires -augmentation de diamètre et de longueur des artères	Vaisseaux : -augmentation des résistances artérielles périphériques -élévation des chiffres tensionnels -Modification de la perméabilité, favorisant la surcharge athéromateuse.

B/ Les troubles locomoteurs

Les maladies rhumatismales sont très fréquentes, invalidantes et source d'inconfort en raison des douleurs chroniques qu'elles occasionnent. L'ostéoporose prend une place importante ainsi que les fractures qui en sont la conséquence, essentiellement celles du col du fémur. En effet, on observe une diminution de la masse et de la force musculaires, ainsi qu'une modification du squelette, entraînant une fragilité osseuse, avec surtout une tendance aux chutes, problème majeur en gériatrie constituant une « entité clinique à part entière ». L'incidence des chutes est estimée à 80% pour les

plus de 85 ans. Elles sont responsables, selon les auteurs, de 10 à 30 % des hospitalisations.

Face à ces troubles locomoteurs et pour éviter les chutes, de nombreuses solutions existent pour faciliter les déplacements. L'aménagement du domicile est primordial. C'est ce que nous détaillons dans la suite de cette thèse.

C/ Les troubles sensoriels

Avec l'âge, l'acuité auditive est modifiée. C'est ce que l'on appelle la presbycusie. Celle-ci apparaît vers l'âge de 60 ans, environ 10 ans après la presbytie. Elle correspond à des mécanismes divers : perte de souplesse des osselets, fragilisation du tympan ou disparition de cellules ciliées. A un certain niveau, elle peut se révéler très handicapante pour le sujet qui doit porter alors un appareil auditif.

De même, la fonction visuelle vieillit. De ce fait, plusieurs pathologies se sont installées : la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) en est un exemple : elle touche 1 million de personnes en France. A cette maladie, qui se trouve être la première cause de cécité en France et dans les pays développés, s'ajoutent 300 000 à 400 000 cas annuels de cataracte. Le handicap visuel est souvent très mal vécu par la personne âgée, qui s'isole de peur des chutes, principale conséquence des troubles visuels.

D/ Les pathologies du système nerveux

Les pathologies du système nerveux regroupent des atteintes très fréquentes chez le sujet âgé, en particulier les états démentiels de type dégénératif ou vasculaire. La prévalence du syndrome démentiel est importante avec environ 300 000 personnes atteintes en France. Ceci a de lourdes conséquences pour le sujet, pour l'entourage et pour le personnel soignant. L'existence d'une détérioration mentale reste le premier facteur prédictif de la survenue d'un état d'invalidité à trois ans. (Tableau 6)

Tableau 6 : Les modifications du système nerveux liées à l'âge

Modifications anatomiques	Modifications fonctionnelles
-diminution du flux sanguin cérébral avec préservation des mécanismes d'autorégulation -perte neuronale -démýélinisation des fibres nerveuses -modification des neurotransmetteurs	-difficultés d'adaptation motrice, cognitive, intellectuelle -troubles de l'équilibre -lenteur -vigilance diurne diminuée -sommeil plus léger et augmentation des éveils nocturnes -syndrome démentiel

E/ La dénutrition

Aujourd'hui en France, la prévalence de la dénutrition à domicile est évaluée de 4 à 10% après l'âge de 70 ans. Ses conséquences sont importantes avec notamment une fragilité face aux risques infectieux, d'escarre et de fracture. Le vieillissement du système digestif peut être impliqué dans des modifications fonctionnelles, entraînant des troubles digestifs favorisant la dénutrition. (Tableau 7)

Tableau 7 : Les modifications anatomiques et fonctionnelles du système digestif

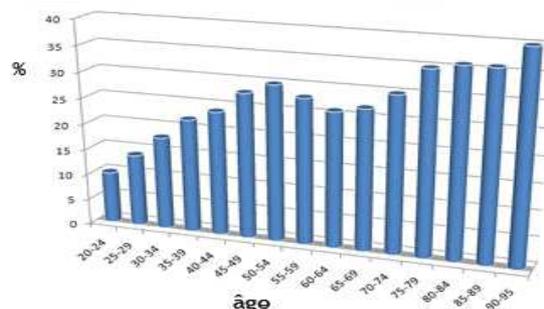
Modifications anatomiques	Modifications fonctionnelles
-diminution du débit sanguin splanchnique -atrophie des muqueuses -diminution des sécrétions -diminution de la motricité intrinsèque -chute des dents	-diminution des capacités de digestion et d'absorption des protéines et du glucose -diminution de l'absorption du calcium et du fer -ralentissement de la vidange gastrique -ralentissement du transit intestinal

Actuellement en officine, le développement de la nutrition orale, entérale et parentérale permettent une prise en charge adaptée à la personne souhaitant vivre à domicile.

F/ L'incontinence urinaire

L'incontinence urinaire est un véritable problème de santé publique. En effet, la perte involontaire d'urine peut être ressentie comme un véritable handicap. Elle est responsable d'une altération de la qualité de vie, d'entrées en établissements gériatriques (c'est en effet la troisième cause d'institutionnalisation après l'isolement social et les troubles psycho-intellectuels) et de coûts considérables. Cette situation est particulièrement fréquente chez les personnes âgées (15 à 20% des personnes âgées de plus de 60 ans). Ce risque est deux fois plus important chez les femmes et la prévalence augmente avec l'âge : 32% des femmes de plus de 80 ans souffrent d'incontinence (Figure 3). Compte tenu de l'évolution de la démographie, ce problème ne fera que s'accroître dans les années à venir.

Figure 3 : Prévalence de l'incontinence urinaire chez la femme [43]



L'incontinence urinaire, peut être la conséquence de nombreux facteurs que nous développons par la suite. Elle est plus fréquente chez la personne âgée, en raison de l'appauvrissement en fibres musculaires des sphincters et de la vessie, d'une modification de l'abondance de l'urine et des capacités locomotrices.

Diverses aides existent, selon le stade de l'incontinence urinaire, pour améliorer la qualité de vie du patient à domicile.

G/ L'insuffisance rénale

De nombreuses modifications anatomiques interviennent au niveau du rein au fur et à mesure du vieillissement, altérant la fonction rénale : de nos jours, 3 millions de français sont traités pour une insuffisance rénale chronique, dont la majorité sont des personnes de plus de 60 ans. (Tableau 8)

Tableau 8 : les modifications anatomiques et fonctionnelles au niveau du rein

Modifications anatomiques	Modifications fonctionnelles
<ul style="list-style-type: none"> -réduction du nombre des néphrons -diminution du flux sanguin rénal -diminution de la sécrétion de rénine et d'aldostérone -diminution de la sensibilité des récepteurs tubulaires à l'action de l'ADH -sclérose diffuse du tissu interstitiel -lésions des tubules 	<ul style="list-style-type: none"> -diminution de la filtration glomérulaire et de la clairance de la créatinine -retard de l'adaptation de la natriurèse à l'hypo ou l'hypernatrémie -défaut de concentration des urines -altération des fonctions tubulaires de sécrétion

L'altération de la fonction rénale et les pathologies qui en résultent, concourent à des difficultés pour l'entourage et le personnel soignant à domicile. Aujourd'hui, s'il existe de nombreuses solutions dans le cadre du MAD, améliorant la prise en charge, l'insuffisance rénale évolue progressivement et silencieusement pour arriver à un stade terminal, où il existe très peu de solutions excepté la dialyse.

2- Résultats de l'enquête-Conclusion

⇒ Résultats de l'enquête :

Tous les pharmaciens interrogés (100%) affirment que les personnes âgées sont les plus rencontrées dans le cadre de demandes de matériel médical. En second lieu, arrivent les personnes handicapées, sachant que la dépendance des personnes âgées est considérée, à un certain stade, comme un véritable handicap, les deux termes sont donc partiellement liés.

⇒ Conclusion

Face à l'accroissement de la durée de vie, on se rend compte de toute l'importance du développement du maintien à domicile. Cependant, l'allongement de l'espérance de vie ne va pas de pair avec la qualité de vie : le risque de dépendance médico-sociale est plus élevé et les aides doivent se développer pour accueillir un nombre grandissant de personnes âgées.

Le matériel de maintien à domicile s'est développé dans le but d'aider la personne âgée à vivre à domicile avec ses pathologies qui s'additionnent. De nombreuses solutions existent pour améliorer le confort. Le pharmacien doit pouvoir orienter son patient vers le matériel médical adéquat et exploiter ses compétences au maximum.

Chapitre 2 :
Le MAD à l'officine

1- Généralités

1-1 Qu'est-ce que le MAD ? [9-10-11]

⇒ Résultats de l'enquête

J'ai demandé aux pharmaciens de définir le MAD et d'en donner son but. Les réponses sont assez homogènes : la majorité le définit « comme la fourniture de matériel permettant aux patients de se soigner à domicile et de faciliter leurs conditions de vie ».

Pour 4 pharmaciens sur 20, le but est « éviter une hospitalisation afin de limiter les coûts de la Sécurité Sociale ». 4 officinaux insistent sur le fait que le MAD permet de « prolonger l'indépendance de la personne » et 3 d'entre eux ont répondu que le MAD « favorise le confort du patient ». Enfin, 2 pharmaciens trouvent que le MAD permet « de garder le contact avec son patient » et un autre « d'apporter de l'aide à son patient ». Une personne reste sans réponse.

Le maintien à domicile ou MAD peut être défini au départ comme l'expression du désir de nombreuses personnes qui ont fait le choix de demeurer dans leur domicile jusqu'au bout de leur âge et de leur vie, c'est-à-dire qu'elles ont souhaité continuer à vivre et mourir chez elles. La personne reste chez elle, sur le long terme, avec ses habitudes de vie, en conservant autant qu'elle le peut et qu'elle le souhaite, sa place dans le milieu familial et géographique qui lui sont propres. D'un sens plus médical, le MAD se décrit comme « la fourniture en vente ou en location de matériels nécessaires pour des personnes de tous âges, dépendantes ou non, mais aussi handicapées définitives ou temporaires ». Actuellement, par extension, le MAD concerne « toute activité de location de matériels médicaux y compris en puériculture » ce qui montre bien que l'activité du MAD est en évolution permanente. Il ne correspond à aucune structure d'ordre juridique ou médical.

Avec le vieillissement démographique, l'augmentation de l'espérance de vie et du nombre de personnes dépendantes, des répercussions sur le système de soins semblent inévitables. La proportion des gens actifs va se réduire : il va donc falloir acquérir un financement suffisant pour payer toutes les retraites qui ne vont cesser d'augmenter et, par la même occasion, les cotisations recueillies par la Sécurité Sociale vont diminuer pour des dépenses plus importantes. Les personnes dépendantes ont besoin parfois d'établissements pour les accueillir et surtout de nombreuses personnes pour les aider.

Tout ceci coûte cher, le financement est difficile, le nombre de places limité. L'objectif premier actuellement est de maîtriser les dépenses de santé. De ce fait, le maintien à domicile des personnes âgées permet non seulement de réduire la durée de l'hospitalisation, dans quelque cas de l'éviter, de retarder au maximum l'hébergement en structures collectives telles que les maisons de retraite, les centres spécialisés, les EHPAD (établissements Hébergeant les Personnes Agées Dépendantes) qui représentent un coût pour le système de santé. D'après le docteur Dominique Breuillé, fondateur de la Confédération du soutien à domicile, l'hébergement à domicile serait 25% moins cher que celui en établissement pour une seule personne. Dans le cas d'un insuffisant respiratoire, il a été évalué que le malade coûtait 3 fois plus cher en secteur hospitalier qu'à domicile. De plus, le maintien à domicile permet de décharger les hôpitaux dont les places sont souvent limitées, et de réduire les infections nosocomiales. Selon des estimations, 7% des patients sont touchés chaque année par ces infections, ce qui est la cause directe de 4000 décès et représente un coût important pour la société, évalué par certains jusqu'à 800 millions par an. [12]

Par ailleurs, préserver l'environnement familial et social semble important, notamment pour éviter la dépersonnalisation du malade. L'entourage permet au patient de garder ses repères : il s'avère plus facile pour un malade d'accepter que certains actes de la vie quotidienne, comme la toilette, soient réalisés par une personne proche que par le personnel soignant.

1-2 Une demande croissante

L'amélioration des conditions de logement, des revenus de retraite et d'une façon générale, de l'état de santé et du cadre de vie contribuent à ce que la demande de rester chez soi reste majoritaire. 90% des personnes de plus de 65 ans souhaitent rester le plus longtemps possible à domicile. Même si la personne âgée est contrainte de retourner à l'hôpital ou en hébergement spécialisé lorsqu'elle est en fin de vie, le nombre de personnes âgées décédant à domicile est assez significatif : le domicile est le 2ème lieu de décès après l'hôpital. (Tableau 9)

Tableau 9 : Lieu de décès des personnes âgées par groupe d'âge atteint dans l'année 2006 [1]

	De 60 à 64 ans	De 65 à 74 ans	De 75 à 84 ans	85 ans ou plus	Ensemble des 60 ans ou plus
Domicile ou logement privé	6 777	18 458	38 755	50 437	114 427
Hôpital	13 597	40 807	82 450	79 630	216 484
Clinique privée	3 016	8 672	14 949	10 564	37 201
Hospice ou maison de retraite	450	2 612	13 581	36 353	52 996
Voie ou lieu public	517	1 066	1 021	312	2 916
Autres lieux	912	2 245	4 167	4 723	12 047
Ensemble des décès	25 269	73 860	154 923	182 019	436 071

(Données Insee)

Selon le niveau de dépendance, le lieu d'habitation le plus fréquenté n'est pas le même : en effet plus une personne a une dépendance lourde (niveau 1), moins elle est à domicile car les soins sont plus complexes et nécessitent la mise en institution. Par contre, quand le niveau de dépendance est faible, le maintien à domicile reste préféré. (Tableau 10)

Tableau 10 : Lieu de vie des personnes âgées selon leur niveau de dépendance [34]

Cotation grille AGGIR	Domicile	Institutions
GIR 1	8%	20%
GIR 2	45%	54%
GIR 3	47%	26%

Ainsi, le MAD ne peut être envisageable que sous deux conditions : ce doit être, d'une part, une réelle volonté de la part du patient et, d'autre part, l'état de santé de la personne ne doit pas nécessiter de soins trop lourds ni de surveillance continue.

1-3 Historique du MAD [13]

- Avant 1920, apparaissent les premières associations à caractère social.
- Après la seconde guerre mondiale, l'objectif de la politique sociale était de trouver des alternatives à ce que l'on appelait à cette époque les « mouroirs », c'est-à-dire les hospices destinés à accueillir les personnes en fin de vie.

- En 1947, aux Etats-Unis, le docteur Bluestone développe le concept du *home care* à l'hôpital Montefiore de New-York.
- En 1962, une politique sociale de la vieillesse se met en place avec le **rapport dit « Laroque »**, autrement dit la « commission d'étude des problèmes de la vieillesse ». Cette politique met l'accent sur la volonté de l'état de privilégier et de développer le maintien à domicile. Le but est de « maintenir les personnes âgées en contact avec les autres générations et d'éviter toute rupture brutale dans les conditions de vie ». Le rapport précise que « le maintien à tous égards souhaitable des personnes âgées dans un logement individuel doit nécessairement s'accompagner d'un important effort d'action sociale, pour assurer à ces personnes des conditions matérielles et morales d'existence satisfaisantes. »
- En 1970 apparaît l'hospitalisation à domicile.
- En 1971, le VIème plan de développement économique et social précise : « en ce qui concerne les personnes âgées, il s'agira d'abord de permettre leur maintien ou leur insertion dans un cadre de vie normal, par une politique de logements et d'équipements adaptés, par le développement de services appropriés notamment à domicile. »
- La circulaire du 24 septembre 1971 a pour objectif de « favoriser les politiques de maintien à domicile pour préserver au maximum l'indépendance et l'intégration sociale de la personne âgée ».
- Ensuite, la circulaire du 11 octobre 1972 insiste sur le rôle de lien social que l'aide ménagère jouerait auprès des personnes âgées, celle-ci étant considérée comme le pivot de l'intégration sociale de la personne âgée dans un réseau de services. Toutefois, le MAD ne se met pas encore parfaitement en place à cette période faute de financement et de coordination réelle dans les actes médicaux.
- En 1976, le maintien à domicile commence à se développer avec notamment l'apparition de sociétés de prestation médicale comme Locapharm.
- En 1980, c'est le rapport sur les soins à domicile demandé par le ministre de la santé, Jacques Barrot, qui va infléchir la politique du maintien à domicile vers une vision plus médicale.
- En 1981, sont créés des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et le secrétariat d'Etat chargé des personnes âgées.
- Puis en 1983, la convention collective des organismes d'aide ou de maintien à domicile précise : « l'aide ménagère a pour mission d'accomplir chez les personnes âgées un travail matériel, moral et social, contribuant à leur maintien à domicile », ce qui insiste sur le rôle à la fois matériel mais aussi psychique de la prise en charge à domicile.
- En 1988, le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile est institué et permet la reconnaissance de la profession d'aide à domicile.
- En 1990 se développent les réseaux « ville-hôpital » et à cette époque, on compte plus de 3000 centenaires.

- En 1994, les pouvoirs publics présentent la grille AGGIR (Autonomie G érontologie Groupe Iso Ressources) qui servira d'outil national d'évaluation de la dépendance de la personne âgée.
- En 1995, apparait la notion de réseaux de soins coordonnés et parallèlement sont mises en place des associations et des services d'aides aux personnes âgées. On compte à cette époque 700 000 personnes de plus de 65 ans lourdement dépendantes : 270 000 sont dans des établissements d'hébergement et 430 000 sont à domicile.
- En 1997, les pouvoirs publics créent la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) réservée aux personnes âgées de plus de 60 ans sous réserve de conditions de ressources avec un recours sur succession.
- En 2002 est créée l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) : l'élaboration d'un plan d'aide effectué au domicile du patient par une équipe médico-sociale, permet de financer les prestations humaines, matérielles et techniques, relatives aux situations de dépendance.
- En 2006, Philippe Bas, ancien ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, présente le plan « Solidarité-Grand âge » 2007-2013. Quelques points intéressent le MAD puisque le gouvernement prévoit une augmentation du budget de la CNAV qui finance les aides à domicile, en proposant un plan d'action personnalisé aux personnes qui ont des besoins d'aide à domicile. Il prévoit aussi une formation adaptée des aidants. De plus, il propose un crédit d'impôt de 15 à 25% du coût des travaux servant à améliorer le domicile.

Tout ceci organise progressivement la profession en donnant un pouvoir nouveau aux conseils généraux, en solvabilisant les bénéficiaires et en qualifiant les personnels. Actuellement, le MAD est en plein essor, on observe de plus en plus de filiales de vente ou de location de matériel pour la prise en charge de la personne à domicile.

1-4 Quand entre-t-on en MAD ?

Le malade à domicile peut être soit :

- une personne âgée qui perd progressivement son autonomie en raison de pathologies qui se surajoutent, suite à une décompensation fonctionnelle sur un organisme « vieilli » ;
 - une personne souffrant d'un handicap, moteur ou mental ;
 - une personne atteinte d'une pathologie lourde, comme un cancer, en phase terminale. Les patients souhaitent passer leurs derniers instants entourés de leurs proches, et toute une organisation doit se mettre en place pour assurer au mieux la fin de vie du malade ;
- toute personne qui vient d'une HAD.

1-5 Les acteurs du MAD

Face à l'intérêt grandissant des personnes âgées souhaitant vivre dans leur domicile, de nombreux professionnels de santé doivent s'organiser autour du malade pour permettre une bonne coordination des soins.

Le marché du maintien à domicile passe par 2 axes complémentaires :

✓ La prescription qui est établie par le médecin:

Avec notamment leur mission de « médecin de famille », le médecin voit régulièrement son patient et connaît aussi bien ses pathologies que ses habitudes de vie, ce qui est très important pour le MAD. Il discute avec la personne âgée de son maintien à domicile, ou de sa mise en institution mais aussi il encadre l'entourage et évalue les difficultés engendrées pour la famille, qui devra être très présente. Une fois cela décidé, c'est le médecin qui rédige les ordonnances de location ou de vente de matériel. Il est aussi très impliqué par ses visites régulières au chevet du malade.

✓ Le conseil :

C'est à ce niveau que le pharmacien intervient. Il doit jouer un rôle primordial par sa position de maillon essentiel dans la chaîne de prise en charge du patient, du fait de :

- sa relation avec le médecin : il est l'interlocuteur naturel du médecin,
- sa connaissance de la personne malade et de son entourage,
- son intégration dans le tissu local, social et relationnel,
- sa compétence et ses connaissances en matière de médicament et de l'observance des traitements,
- la confiance des patients à son égard,
- la relation privilégiée entretenue avec le patient,
- son accessibilité, sa disponibilité souvent immédiatement sans rendez-vous.

Le pharmacien a, non seulement, la charge de la dispensation des médicaments mais il intervient aussi au niveau de la fourniture du matériel médical et des appareils indispensables au maintien du malade à son domicile. Toutefois, les prestataires de santé peuvent aussi jouer ce rôle : ils ont une convention avec la Sécurité Sociale, ce qui leur permet d'obtenir des remboursements.

D'autres acteurs interviennent pour améliorer la prise en charge du patient :

-les infirmières : elles sont un élément clé et doivent travailler de façon complémentaire avec le pharmacien. Leur rôle est vaste : assurer les soins, participer à l'évaluation du degré de dépendance, favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion

des personnes dans leur cadre familial et social, accompagner les patients en fin de vie et, si besoin, leur entourage. Elles peuvent accomplir différentes tâches lorsque la famille ne peut pas le faire : assurer la toilette, aller à la pharmacie prendre les médicaments du malade, alerter le médecin de l'évolution d'une maladie. Le patient peut faire appel à des infirmier(e) libéraux et les actes sont remboursés à 70 ou à 100% si les soins correspondent à une ALD. Actuellement, la majorité des soins est faite ainsi mais le contingentement des actes les incitent à limiter le nombre de personnes prises en charge. Il est possible aussi de faire appel à un service de soins infirmiers à domicile où les soins sont assurés par des infirmier(e)s libérales ayant passé une convention avec le service, sous la responsabilité d'une infirmière coordinatrice. La tarification est au forfait journalier, incluant l'ensemble des soins et du matériel nécessaire sauf la kinésithérapie et le matériel lourd type fauteuil roulant et déambulateur. La prise en charge se fait sur prescription médicale, et sous réserve de places disponibles.

- l'aide ménagère ou encore maintenant appelé l'aide à domicile : le rapport Laroque la définit comme « le pivot du maintien à domicile ». Son rôle est l'aide dans la vie quotidienne (courses, cuisine, ménage,...). Comme elle se rend régulièrement chez les personnes âgées, elle est concrètement celle qui connaît le passé, les histoires familiales, mais aussi le présent, les attentes et les difficultés de la personne. Elle est employée par le CCAS (centre communal d'action sociale), ou par une association dite « prestataire ». Son intervention est facturée à l'heure avec un quota de 30h au maximum par mois pour une personne seule et 48h pour un couple. Si l'aide est apportée par les caisses de retraite, la personne pourra bénéficier de 60 à 90h/mois. En dessous d'un certain plafond de ressources (environ 450€), une partie du financement peut être prise en charge par l'aide sociale, ou par certaines caisses de retraite dans le cas des personnes en GIR 5 et 6 ou encore par l'APA dans le cas des personnes en GIR 1 et 4.

- les masseurs kinésithérapeutes : ils peuvent intervenir essentiellement pour l'organisation du domicile afin d'éviter les chutes et les accidents domestiques, mais aident aussi à la rééducation.

- les ergothérapeutes : tout comme les kinésithérapeutes, l'ergothérapeute doit étudier le domicile du patient, évaluer l'importance de la dépendance et rééduquer les fonctions déficientes, qu'elles soient motrices, psychomotrices, mentales ou intellectuelles.

- le garde à domicile : il permet de bénéficier d'une aide ponctuelle dans le cas de convalescence ou d'absence momentanée de la famille. Il assure alors des soins d'hygiène et de nursing effectués par du personnel formé. Ce service est entièrement à la charge de l'intéressé. La personne est salariée en tant qu'employé de maison. Il est possible

d'utiliser des « chèques emploi-service ». Certaines caisses de retraite ou certaines mutuelles peuvent toutefois assurer une participation.

- les auxiliaires de vie : elles accompagnent les malades et les aidants dans la vie quotidienne. Elles aident à la reprise ou au maintien de relations sociales, notamment par l'aide à la participation aux activités sportives, culturelles,...Elles sont employées par des associations ou des Centres Communaux d'Action Sociale. Chaque service doit être conventionné auprès de la Préfecture. La durée d'intervention ne peut pas être inférieure à trois heures d'affilée : elle est possible 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. Une participation financière est à la charge du malade ou de sa famille.

- les services : le portage des repas à domicile peut être organisé par certaines communes ou d'autres organismes, comme le CCAS. Ce service s'est beaucoup développé, puisqu'on estime que 90% des communes de 25000 à 100000 habitants le proposent. Ceci pose problème à long terme car la personne perd la liberté de choisir ses repas correspondant à ses goûts.

Le système de téléalarme est aussi proposé, il assure de l'aide en cas de problème de santé ou d'accident, ce sont des sociétés privées qui l'organisent. Le système comprend : un radio émetteur (boîtier d'appel miniaturisé portatif), sous forme de bracelet ou de pendentif, un système d'interphonie permettant d'entrer en contact avec l'utilisateur, où qu'il soit, dans son domicile, et une centrale d'écoute qui traite les appels. Ceux-ci sont répercutés selon la logique des relais, d'abord aux voisins qui l'ont accepté puis aux services d'aide à domicile et en dernier ressort aux services d'urgence (SAMU, pompiers,...). Le coût de ce service est assez cher, de 15 à 50€/mois, mais le prix pour l'utilisateur est fonction de ses ressources. Il faut s'adresser au CCAS ou à la mairie pour être informé des organismes locaux existants dans ce domaine, des conditions financières et techniques. Actuellement, ce service est proposé par 45% des communes de 5000 à moins de 200 000 habitants. De plus, par la progression du système Internet, des opérateurs privés proposent l'installation de petites caméras de surveillance au domicile des personnes âgées, ce qui permet une observation à distance via un ordinateur, par la famille. Cependant, ces systèmes ne doivent en aucun cas remplacer la présence de la famille ou des aidants aux côtés du patient. [14-15-16]

A Nancy, le CCAS se trouve au 5-7, rue Léopold Lallement. (tél : 03.83.39.03.30)

- l'assistante sociale : elle sert d'intermédiaire entre le malade, la famille, le personnel médical et paramédical, et les organismes sociaux. Elle donne des informations aux malades au sujet des lois sociales et vont rechercher, pour chaque situation, les meilleures solutions en fonction des problèmes financiers, administratifs, sociaux et familiaux du malade. Les assistantes sociales sont employées par les organismes sociaux,

les services départementaux, les services sociaux des entreprises ou des administrations, et sont parfois libérales.

Il existe trois procédures différentes pour faire appel aux services d'assistance à domicile :

- le gré à gré ou emploi direct : la personne recrute elle-même un salarié qui intervient à son domicile. Cette méthode est la moins coûteuse mais la plus compliquée puisqu'il faut s'occuper de toutes les formalités.

- l'appel à un mandataire : l'usager demande à un organisme agréé de recruter à sa place le salarié qui interviendra à son domicile. Le service prend en charge une partie des demandes administratives. La personne aidée est l'employeur. Ceci est le plus adapté et est recommandé dans 42% des cas.

- l'appel à un prestataire : c'est une société commerciale qui gère entièrement l'aide apportée au domicile. Le personnel intervenant est salarié du prestataire. C'est la forme la plus coûteuse mais elle offre la plus grande garantie de qualité de service.

- la famille: elle n'est souvent pas considérée comme un acteur dans le MAD. Pourtant, elle a tout son rôle qui suppose la présence d'une personne pouvant constituer une aide au domicile. En effet, près de trois quarts des personnes âgées dépendantes peuvent rester à domicile grâce à l'intervention de leur conjoint ou de leurs enfants. Il est important néanmoins que les professionnels de santé informent l'entourage des difficultés auxquelles il sera confronté.

Pour assurer le bien-être du patient à domicile, chaque acteur a donc sa place, tant sur le plan médical avec les professionnels de la santé, que sur le plan psychologique. Chacun des actes nécessaires au MAD est réparti entre les différents acteurs selon les capacités de chacun.

2- Les autres structures d'intervention [17]

La prise en charge du patient à domicile regroupe différentes structures. Il est important de connaître l'existence et le fonctionnement de celles-ci pour savoir réellement qui fait quoi et comment, afin d'éviter les allées et venues inutiles ainsi que des dépenses inappropriées.

2-1 L'hospitalisation à domicile (HAD)

2-1-1 Historique

D'après les décrets de 1992, l'HAD est une « formule alternative de type sanitaire qui doit être distinguée des autres formes de soins à domicile ». De plus, « les structures dites d'HAD permettent d'assurer au domicile des malades, pour une période

limitée mais révisable en fonction de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés, et d'une densité suffisante. »

La circulaire du 30 mai 2000 définit plus précisément l'HAD en insistant sur le fait qu'elle se fait suivant un niveau de soins qui doivent être plus lourds que ceux dispensés dans les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), mais moins compliqués que ceux réservés à l'hôpital. Elle insiste aussi sur la nécessité de renforcer les liens entre la ville et l'hôpital pour une meilleure prise en charge du patient en HAD.

Enfin, la circulaire du 1^{er} décembre 2006 rappelle les obligations de l'HAD (continuité des soins,...), le rôle des différents acteurs et insiste sur la nécessité de développer l'HAD.

2-1-2 Qu'est-ce-que l'HAD ?

L'HAD est un établissement de santé de type hospitalier permettant :

- ✓ Le retour du patient à domicile lorsqu'il a besoin de soins coordonnés mais n'en nécessite plus à l'hôpital.
- ✓ La continuité des traitements entre l'établissement prescripteur et le domicile.
- ✓ Une offre globale d'interventions polyvalentes.
- ✓ Une réponse adaptée 24h/24h et 7 jours /7, par des intervenants spécifiquement formés.

2-1-3 Démarche

L'entrée en HAD peut donc se faire suite à une hospitalisation, ou après une consultation hospitalière ou même sur demande du médecin traitant. Un médecin hospitalier ou un médecin libéral (généraliste ou spécialiste) peut décider l'admission. La demande d'hospitalisation à domicile réalisée, et après accord du patient, du médecin traitant et du responsable hospitalier, deux visites sont organisées :

- ✓ Une du cadre infirmier de l'HAD qui évalue les soins devant être prodigués au malade.
- ✓ Une de l'assistante sociale de l'HAD qui rencontre l'entourage du patient à son domicile pour évaluer les possibilités ou les limites de la mise en place de l'HAD.

Le patient, à sa sortie de l'hôpital, garde toujours avec lui un « dossier de soins » qu'il devra présenter lors des consultations ou hospitalisations éventuelles. Ceci permettra, en toutes circonstances, d'avoir un suivi sur l'état de santé.

2-1-4 Qui s'occupe de l' HAD ?

L'activité des divers intervenants doit être coordonnée à partir d'un protocole de soins personnalisé. Le médecin traitant prend en charge son patient dès le début de l'HAD. Il dispense des soins de façon périodique, assure le suivi médical, la surveillance des soins lors de ses visites. Il existe aussi un médecin coordonnateur qui ne prescrit et ne soigne pas mais organise le fonctionnement médical de la structure, garantit le respect du protocole de soins, décide de l'admission et de la sortie du patient et permet les échanges d'informations entre les professionnels de santé. Les soins infirmiers sont assurés par des infirmiers salariés ou libéraux, soutenus ou non par des aides soignantes.

2-1-5 Comment sort-on de l'HAD ?

Le malade qui ne fait plus partie de l'HAD peut être :

- ✓ Une personne décédée. C'est ce que l'on observe dans 20 à 25% des cas.
- ✓ Une personne qui retourne à l'hôpital soit parce qu'il y a aggravation de son état nécessitant des soins plus complexes, soit parce que son état de santé nécessite une série d'exams se réalisant à l'hôpital, ou encore parce que la charge portée par la famille s'avère trop lourde.
- ✓ Dans le meilleur cas, la personne va mieux, les soins sont arrêtés et la personne retourne en ambulatoire.

2-1-6 Pourquoi l'HAD ?

L'HAD fait partie des modes de prise en charge visant à favoriser le maintien à domicile donc à restreindre le recours à l'hospitalisation complète. De ce fait, elle participe à la régulation des soins et son développement permet de réduire les surcharges dans les hôpitaux. Elle permet également, notamment chez les personnes âgées, de se trouver dans un environnement moins déstabilisant que les hôpitaux.

L'HAD se révèle être, en plus, un mode de prise en charge économiquement intéressant. En effet, d'après des études de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), le coût moyen journalier est 1,6 fois plus élevé en hospitalisation complète qu'en HAD : en effet, il faut compter 263 euros contre 169 euros en HAD. Cependant, si ces structures d'HAD ne se développent pas davantage en France, c'est qu'il faut tenir compte aussi du coût de l'électricité pour le fonctionnement des divers appareillages médicaux, du chauffage, ce qui n'est pas retenu

dans le prix moyen journalier. De plus, la charge portée par les aidants et l'entourage n'est pas à négliger.

2-1-7 Financement [18]

Comme à l'hôpital, la règle générale est la prise en charge à 100%. Tout ce qui comprend les médicaments, le matériel médical, sont fournis par l'hôpital. En effet, depuis la loi de financement de la Sécurité Sociale en 2006, tous les établissements d'HAD publics ou privés sont financés en totalité par une tarification à l'activité. La rémunération des activités d'HAD d'un établissement repose sur le paiement d'un forfait pour chaque journée où le patient est hospitalisé à domicile, appelé « groupe homogène de tarif » (GHT). Il existe 31 tarifs différents en fonction de la lourdeur des soins dispensés. Les établissements de santé ayant une activité d'HAD ont pour obligation de produire des résumés par sous-séquence (RPSS) qui constituent une analyse de leur activité. Le GHT est déterminé en fonction du RPSS.

2-1-8 Structures d'HAD en France et évolution [19]

Alors qu'en 2000, on compte 74 structures d'HAD en France, en 2006 on en comptait 177. Elles représentent environ 7000 places avec un objectif d'en obtenir 15 000 en 2010. Beaucoup de régions ont développé une activité d'HAD. Les disparités restent cependant très importantes entre les plus dotées (comme l'Ile de France : 712 057 journées d'HAD en 2005) et celles où l'implantation n'est pas encore significative (comme l'Auvergne : 16 300 journées en 2005). A ce jour, 8 départements seulement ne possèdent aucune structure d'HAD contre 33 en 2002 et 52 en 1999.

2-2 Les soins à domicile (SAD ou SSIAD)

2-2-1 Que sont les SAD ?

Ce sont des associations à buts non lucratifs, émanant de collectivités publiques, destinées aux personnes âgées. Elles sont organisées par une infirmière coordinatrice avec d'autres infirmières, des aides soignantes et des aides ménagères. Ces services assurent les soins d'hygiène générale et l'aide aux activités de la vie courante (toilette, habillage, lever, surveillance du traitement, aide aux repas,...). Ils s'adressent aux personnes de plus de 60 ans, quel que soit leur régime d'assurance maladie. Celles de moins de 60 ans doivent bénéficier d'une dérogation.

2-2-2 Démarche

La mise en place peut se faire :

- ✓ A la demande de la personne ou de la famille ;
- ✓ Si les conditions matérielles, morales et sociales le permettent ;

- ✓ Si l'affection dont souffre la personne peut être traitée à domicile.

Une fois la décision prise par le patient ou l'entourage, le patient devra :

- ✓ Avoir une prescription médicale par son médecin traitant ou un médecin hospitalier ;
- ✓ Recevoir la visite de l'infirmière coordinatrice pour évaluer les besoins, déterminer la fréquence et la nature des soins à prodiguer.

2-2-3 Qui s'occupe des SAD ?

Une infirmière coordinatrice s'occupe de l'organisation du service, plusieurs infirmières ainsi que des aides-soignantes gravitent autour d'elle. Les pédicures podologues peuvent aussi être appelées pour fournir des soins spécifiques.

2-2-4 Quand arrête-t-on les SAD ?

La fréquence des soins est différente selon les malades et évaluée par l'infirmière coordinatrice. Ces soins peuvent être arrêtés à tout moment par la personne qui en bénéficie ou par l'entourage familial.

2-2-5 Pourquoi les SAD ?

Les SAD ont plusieurs objectifs :

- ✓ Retarder l'hospitalisation de la personne âgée qui pourrait conduire à une dépression due à un changement brutal de l'environnement et à une certaine solitude ;
- ✓ Faciliter le retour à domicile après une hospitalisation ;
- ✓ Prévenir ou retarder la baisse progressive de l'état physique ou psychique;
- ✓ Eviter au maximum le placement en maison de retraite ;
- ✓ Permettre une bonne coordination des soins avec l'intervention des différents acteurs.

2-2-6 Financement

Les prestations des SSIAD sont prises en charge à 100% par la Sécurité Sociale sur prescription médicale dès lors que la maladie dont souffre le patient est reconnue comme une affection de longue durée (ALD). Ces services sont remboursés sous forme d'un forfait global et annuel, avec un prix de journée révisé chaque année. Par contre, certains soins de kinésithérapie, de podologie ou les visites du médecin ainsi que le matériel médical nécessaires ne sont pas inclus dans ce forfait.

3- Les modalités de prise en charge [20]

Minimum vieillesse et ASPA

Selon une étude de la DRESS (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), concernant la dépendance des personnes âgées, deux principales préoccupations se trouvent dans l'esprit des Français : le mode de prise en charge et le financement de la dépendance des personnes âgées. En effet, la vieillesse est associée à la pauvreté pour plus de 620 000 personnes âgées, soit 4% des personnes de plus de 60 ans, vivant avec 692,43€ / mois pour une personne seule et 1147,14€/ mois pour un couple. Il est donc de plus en plus difficile pour les personnes âgées, non seulement de vivre décemment, mais aussi de se soigner correctement, voire même d'accéder aux soins. Le minimum vieillesse a, en effet, été institué pour les personnes qui n'ont pas acquis de droits suffisants pour obtenir l'assurance vieillesse de la Sécurité sociale. Pour que ces personnes bénéficient de ce minimum, trois conditions s'imposent :

- ✓ Etre âgé de 65 ans ou de 60 ans si la personne est invalide ;
- ✓ Habiter en France ;
- ✓ Avoir des ressources annuelles, allocation comprise, inférieures au montant cité ci-dessus.

Ce minimum vieillesse correspond, non pas à une allocation unique, mais couvre tout un ensemble de prestations, à savoir l'allocation spéciale vieillesse, l'allocation aux vieux travailleurs salariés, ...

L'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 a simplifié ce minimum vieillesse pour le remplacer par une allocation unique appelée **allocation de solidarité aux personnes âgées ou ASPA**. Les conditions pour l'obtenir restent les mêmes et le montant maximal reste inchangé. Au 1^{er} avril 2009, le montant de l'allocation est de 677,13€/mois pour une personne seule et de 1147,14€/mois pour un couple.

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie [17]

Le 24 janvier 1997, d'après la loi n° 97-60, une première allocation fut créée par les pouvoirs publics : la **Prestation Spécifique Dépendance** ou PSD. Celle-ci était destinée exclusivement aux personnes âgées de plus de 60 ans sous réserve de conditions de ressources avec un recours sur succession. Le niveau de dépendance de la personne doit être au préalable évalué. Pour ce faire, le médecin ainsi qu'un travailleur social se rendent au domicile et jugent ses capacités à effectuer les actes de la vie quotidienne grâce à une grille d'évaluation de la dépendance comme la grille AGGIR.

Un plan d'aide est alors proposé et il correspond à un certain nombre d'heures d'aides à domicile par mois.

Cependant, cette allocation a été jugée peu satisfaisante et elle a été remplacée par l'**Allocation Personnalisée d'Autonomie**, votée en juin 2001 et mise en place le 1^{er} janvier 2002. La grande différence avec la PSD est qu'elle n'est pas récupérée sur la succession. Elle est destinée à financer les heures d'aide humaine nécessaires, les travaux éventuels d'aménagement, voire les frais de transport pour se rendre dans une autre structure d'accueil type hôpital de jour. Pour les personnes en établissement, elle sert à financer le forfait dépendance qui n'est pas pris en charge par l'assurance maladie. Pour en bénéficier, trois conditions s'imposent :

- ✓ Avoir au moins 60 ans ;
- ✓ Résider en France, de façon stable et régulière, c'est-à-dire au moins 3 mois de façon continue ;
- ✓ Être en perte d'autonomie, ceci étant évalué par la grille nationale AGGIR. L'APA s'adresse aux personnes classées dans des groupes de 1 à 4, tandis que la PSD n'était adressée que pour les personnes se trouvant dans des zones de 1 à 3.

L'évaluation du montant de l'APA dépend de trois niveaux :

- ✓ Des revenus de la personne : ceux-ci sont évalués à partir de l'ensemble des revenus déclarés au fisc tel que le mentionne le dernier avis d'imposition.
- ✓ Du degré de dépendance : celui-ci est évalué par la visite d'une équipe médico-sociale au domicile du patient en tenant compte de son entourage social et familial, de l'aménagement et de l'équipement de son logement. Un barème national est fixé et réévalué chaque année pour déterminer le montant maximum des plans d'aide pour chaque niveau de dépendance. Les personnes relevant des GIR 1 aux GIR 4 ont droit à une allocation, sachant que les GIR 1, les plus dépendants, bénéficient d'une aide plus importante que les GIR 4, moyennement dépendants. Le montant réel de l'APA est égal au montant de la fraction du plan d'aide que le bénéficiaire utilise, diminué, le cas échéant, d'une participation restant à sa charge. Depuis le 1^{er} janvier 2008, sont exonérées de participation financière les personnes ayant des revenus inférieurs à 689,50 € par mois. (Tableau 11)

Tableau 11 : montant maximum du plan d'aide en fonction de la dépendance, évalué au 1^{er} janvier 2009 [20]

Niveau de dépendance	Montant maximum du plan d'aide
GIR 1	1224,63 €/mois
GIR 2	1049,68 €/mois
GIR 3	787,26 €/mois
GIR 4	524,84 €/mois

✓ Du lieu de vie c'est-à-dire à domicile ou en établissement:

En établissement, la somme est versée directement à la personne âgée, mais une somme minimale doit être laissée à sa disposition : 81 euros au 1^{er} janvier 2009. Le montant du plan d'aide sera directement versé au domicile ou à une société agréé qui s'occupe de la personne dépendante, si elle le souhaite.

Les personnes âgées ou l'entourage sont souvent angoissés et désemparés à l'idée de devoir s'occuper de toutes les démarches, c'est pourquoi il est important pour le pharmacien de connaître et d'aiguiller le patient et sa famille sur les étapes à franchir pour bénéficier des prises en charge :

1. Un dossier de demande doit être retiré auprès des mairies, des conseils généraux ou d'un service d'aide à domicile agréé.
2. Le dossier doit être complété et envoyé au président du conseil général du département où la personne réside.
3. L'équipe médicosociale se rend au domicile pour évaluer le niveau de dépendance et émet une proposition d'aide au demandeur qui a 10 jours pour demander des modifications.
4. Les résultats de l'évaluation sont soumis à la commission départementale de l'attribution de l'APA qui donne sa réponse dans un délai de 2 mois à compter de la date du dépôt du dossier. Le montant mensuel de l'allocation est alors mentionné et si la personne n'émet pas d'opposition dans les 8 jours suivant cette décision, la proposition est considérée comme acceptée.
5. Le premier versement intervient ensuite dans le mois qui suit la décision.
6. Une fois l'APA accordée à une personne soignée à domicile, le patient doit déclarer dans le mois qui suit la notification de l'attribution de l'allocation, l'identité de la personne l'aidant à domicile, sous peine de subir une suspension du versement.

D'après des études de la DREES, au 31 décembre 2007, 1 078 000 personnes bénéficiaient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit une augmentation de 5,1 % sur un an, en ralentissement par rapport à la hausse observée au cours de l'année précédente, 8,1 % de décembre 2005 à décembre 2006. Cependant, le taux d'acceptation des premières demandes d'obtention de l'APA reste stable : trois premières demandes d'APA à domicile sur quatre sont acceptées, neuf sur dix en établissement.

Au 31 décembre 2007, 61 % des bénéficiaires de l'APA vivaient à domicile et 39 % en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). La part des bénéficiaires de l'APA modérément dépendants relevant du GIR 4 reste constante (44 %) et est toujours nettement plus élevée à domicile (57 %) qu'en établissement (25 %).

L'allocation adulte handicapé

Elle s'adresse aux personnes handicapées à plus de 80%, incapables de se procurer un emploi et ne bénéficiant pas d'avantages invalidité. Normalement, elle s'adresse aux personnes âgées de 20 à 60 ans, mais un prolongement peut être autorisé si le bénéficiaire n'a pas d'avantage vieillesse.

L'allocation compensatrice à la tierce personne (ACTP)

C'est une aide financière pouvant être attribuée aux personnes nécessitant un tiers pour l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne. Pour l'obtenir, la personne doit être âgée de 60 ans ou plus, doit justifier l'obligation d'une tierce personne (évaluée par la COTOREP), détenir une pension vieillesse, d'invalidité ou d'une pension anticipée accordée aux anciens combattants ou prisonniers de guerre. La demande se fait auprès de la Sécurité Sociale.

Les aides au logement

L'allocation de logement à caractère social, celle à caractère familial et l'aide personnalisée au logement sont versées par la CAF et aident les personnes à compléter, en fonction de leurs ressources, du type d'établissement et du lieu d'implantation, le montant d'un loyer ou d'un prêt. Elle s'adresse aux personnes retraitées, handicapées, ou reconnues inaptes au travail par la COTOREP. Le montant de l'allocation est révisable chaque année.

La Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

La CNAV apporte aussi un financement, servant surtout pour les aides individuelles à domicile : elle intervient dans l'aide ménagère dans 90% des cas mais aussi dans l'aide à l'amélioration de l'habitat. Il existe cependant des disparités importantes d'une caisse à l'autre.

Le pharmacien doit donc continuellement se renseigner sur les aides financières à disposition du patient, ainsi que les moyens pour y accéder, afin d'assurer les meilleurs soins possibles, adaptés à chaque personne, dans un moindre souci financier.

4- Le remboursement du matériel médical [21]

Le matériel destiné à favoriser le retour à domicile et l'autonomie des personnes est inscrit sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR). D'après l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement par l'assurance maladie est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis de la Commission d'évaluation des produits et prestations (CEPP). Ainsi, le matériel pris en charge par la Sécurité Sociale figure sur une liste divisée en 4 titres :

-titre I : dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements. Il comporte 3 chapitres.

-titre II : orthèses et prothèses externes. Le matériel est classé en 7 chapitres.

-titre III : prothèses internes.

-titre IV : véhicules pour handicapés physiques.

Chaque article de la LPPR est codé et ce code (correspondant à un numéro dont le premier correspond à celui du titre et le second à celui du chapitre de la LPPR) doit figurer sur les factures dans le cas de télétransmission.

La LPP est disponible sur le site de l'assurance maladie : www.ameli.fr.

Dans le MAD, 3 modalités de prise en charge existent :

1° Le matériel est pris en charge exclusivement à l'achat (cannes, fauteuil garde-robe, matelas et coussins anti-escarre,...).

2° Prise en charge exclusivement à la location (soulève malade, aérosols,...).

3° Prise en charge, à l'achat ou à la location (déambulateur, fauteuil roulant, lits médicaux, tige porte-sérum,...).

Nous détaillerons le matériel médical dans un prochain chapitre.

5- Conclusion

Face à l'accroissement des demandes de maintien à domicile des personnes âgées, et dans le but de diminuer les dépenses de santé et d'augmenter le nombre de places disponibles dans les hôpitaux, il est important pour le pharmacien de s'organiser autour de la prise en charge de son patient. Il devra notamment orienter la personne à la fois vers des aides humaines, acteurs du MAD, et vers des aides financières afin que chacun puisse accéder aux soins.

Chapitre 3 :
La place du pharmacien
dans le MAD

1-Diplôme et formation [22]

⇒ Résultats de l'enquête

Sur les pharmaciens que j'ai interrogés, 13/20 estiment ne pas être suffisamment formés. Ils avouent néanmoins se former pour la majorité d'entre eux, par le biais de la presse professionnelle et des fournisseurs, tandis que seulement 1 pharmacien sur 20 se forme en participant à des stages.

5 des pharmaciens interrogés possèdent un DU de MAD et, en les questionnant, ils admettent que ce DU est particulièrement formateur mais qu'il est nécessaire de s'informer par d'autres moyens afin d'être toujours au courant des nouveautés et des changements.

⇒ Explications-solutions

Ces résultats montrent que les officinaux cherchent à se former et à s'investir dans le MAD mais qu'ils ne trouvent pas forcément le temps ni les moyens d'y parvenir.

Pourtant, de nombreux commerces de vente ou location de matériel médical se créent, sans être sous la responsabilité d'un pharmacien. L'officinal doit par conséquent essayer de trouver sa place au cœur du système de santé et valoriser sa profession. Ses connaissances doivent être régulièrement mises à jour, en évaluant quotidiennement ses compétences et ses lacunes. L'article L.5232-3 du Code de la Santé Publique, paru le 19 décembre 2006, précise en effet : « La délivrance de matériel de maintien à domicile (...) inscrits sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé est soumise à une obligation de formation ou d'expérience professionnelle de leurs distributeurs ».

Les formations ne manquent pas ; de nombreuses facultés ont créé des diplômes universitaires (DU) de MAD. Le journal *Le Moniteur des pharmacies*, publie régulièrement la liste des facultés proposant ces DU qui sont ouverts à tous les pharmaciens et étudiants, ainsi qu'aux préparateurs. D'autres DU peuvent s'avérer également nécessaires pour la prise en charge de la personne âgée à domicile, comme par exemple les « bases en soins palliatifs », « gérontologie et pharmacie clinique », « orthopédie »...Ils ne sont pas accessibles dans toutes les facultés de France, sachant qu'il faut un nombre minimum de personnes participantes, c'est pour cela qu'il convient toujours d'appeler le secrétariat de la faculté pour prendre note des DU disponibles.

De plus, de nombreuses soirées à thème sont régulièrement organisées par des groupements pharmaceutiques ou par les prestataires eux-mêmes : *Orkyn* ou encore *Locapharm* proposent une formation à l'officine ou dans leurs locaux pour montrer le fonctionnement de leur matériel médical.

Ces soirées à thème sont diverses et peuvent porter sur de nombreuses situations auxquelles le pharmacien est confronté dans le cadre du MAD : incontinence, nutrition entérale, escarres, lits médicaux, oxygénothérapie ; le pharmacien peut également recevoir une sensibilisation psychologique lui permettant de savoir réagir face à la douleur, à la souffrance, au handicap de son patient.

Ces formations ont essentiellement 3 buts pour le pharmacien :

- ✓ Connaître les différentes structures ;
- ✓ Connaître le matériel ;
- ✓ Connaître les modalités de prescription.

En ce qui concerne la vente ou la location de véhicules pour handicapés physiques ou VHP, aucun diplôme ni agrément ne sont requis. En effet, depuis 1985, il était obligatoire d'avoir un certificat de stage validé par le CERAH (Centre d'Etudes et de Recherche pour l'Appareillage des Handicapés) qui se déroulait à WOIPPY (Moselle) sur 2 jours. Aujourd'hui, il n'est plus exigé mais cette formation existe toujours et s'avère utile pour améliorer les compétences des professionnels de santé. Elle permet de connaître les différents modèles de fauteuils roulants sur le marché, leur fonctionnement, leur prise en charge, etc.

CERAH
Route de Rombas
BP 719
57 147 WOIPPY cedex
Tél : 03 87 51 30 30
Fax : 03 87 51 30 36

Ainsi, même si aucun diplôme ni agrément n'est demandé aux pharmaciens pour vendre ou louer le matériel médical, la possibilité d'effectuer des tiers-payants pour les produits remboursables par la Sécurité Sociale est toutefois réservée aux professionnels ayant signé une convention avec les caisses d'assurance maladie. L'avenir du pharmacien et son implication dans le système de soins dépendent donc de la façon dont il abordera la question du MAD à l'officine et de ce fait de la formation à laquelle il aura pris part.

2-Le local [23-24]

⇒ Résultats de l'enquête

Lorsque j'ai interrogé les pharmaciens sur les contraintes auxquelles ils étaient confrontés à faire du MAD, la majorité d'entre eux ont évoqué le stock volumineux et le manque d'espace pour pouvoir exposer un minimum d'articles.

⇒ Explications et solutions

L'aménagement est individuel, typique à chaque pharmacie. Le matériel de MAD est souvent volumineux (lit, déambulateur,...), de ce fait, la constitution d'un rayon spécifique dépend de la place dont dispose l'officine. On considère qu'un local adapté d'au moins 10 à 15 m² permet un bon développement du MAD. Si l'officine manque de place, la réalisation d'une vitrine miniature ou encore la visualisation des produits sur un écran à l'intérieur de l'officine sera privilégié. Certaines pharmacies développent actuellement un espace « MAD-orthopédie » légèrement en dehors de leur espace médicament, ce qui permet au pharmacien de communiquer sur des produits complémentaires dans un même espace. Un local de désinfection peut aussi être créé avec si possible 2 portes : une pour le retour du matériel sale et une autre pour la sortie du matériel propre. Ce local est parfois muni d'un appareil à pression d'eau type Karcher, d'un nettoyeur à la vapeur et d'un appareil de désinfection.

Les locaux doivent être adaptés à l'accueil d'un public handicapé, comme le prévoit la loi du 11 février 2005. L'accès doit être en effet facilité : l'installation de portes automatiques doit être préférée aux portes manuelles, dans le cas contraire, une porte d'une largeur supérieure à 80 cm avec une poignée adaptée doit être posée ; il faut prévoir une rampe d'accès si nécessaire, des toilettes aménagées pour personnes handicapées circulant en fauteuil roulant, un ascenseur adapté s'il existe des locaux à l'étage (avec une cabine de 1m×1,30m d'après les textes réglementaires), une surface d'essai du VHP supérieure à 16 m² et une largeur d'au moins 2m, voire un atelier pour les petites réparations ; les couloirs de circulation intérieure doivent avoir une largeur minimale de 0,90m ; au niveau du comptoir, il est préférable de se mettre à la hauteur du patient en fauteuil roulant : il peut être abaissé avec une chaise pour y travailler. De même, les personnes âgées se déplaçant à l'officine, ont parfois des difficultés à rester debout en attendant la délivrance des médicaments : un comptoir bas à hauteur de bureau où le patient est assis en face du pharmacien, est aussi une solution.

Les pharmacies d'officine appartiennent en effet, aux ERP (Etablissement Recevant du Public en Magasin) de 5^{ème} catégorie, ce qui correspond à de petits locaux commerciaux ou professionnels fréquentés régulièrement, sans dépasser un nombre de personnes équivalent à 200.

Au 1^{er} janvier 2007, tous les permis de construire pour un ERP neuf doivent permettre aux personnes handicapées « de circuler, d'accéder aux locaux et équipements, de se repérer, de communiquer et de bénéficier des prestations en vue desquelles l'établissement ou l'installation a été conçue ». Par ailleurs, le décret du 17 mai 2006 insiste sur le fait que les ERP déjà existants à cette date doivent prévoir une accessibilité aux personnes handicapées dans un délai de 10 ans. Des dérogations peuvent cependant être accordées dans certains cas :

- impossibilité technique ;
- contraintes liées à la préservation du patrimoine architectural ;
- disproportion manifeste entre les améliorations apportées et leurs conséquences.

3-Les prestataires de service et les structures de grossiste [23]

⇒ **Résultats de l'enquête**

A la question « Comment vous approvisionnez-vous ? », 12 pharmaciens sur 20 ont répondu avoir recours à leur grossiste, 4/20 directement au fabricant et 4 ont recours à un groupement.

⇒ **Explications**

Le pharmacien ne peut détenir tout le matériel. Pour satisfaire la demande, il a recours à un prestataire de service ; plusieurs solutions s'offrent à lui :

- ✓ Soit il s'adresse directement au fabricant de matériel :

ce n'est pas la solution la plus utilisée puisqu'il faut en général commander des volumes importants pour obtenir une bonne remise et éviter les frais de port.

- ✓ L'officinal peut éventuellement faire appel à un groupement de pharmaciens, lui permettant d'avoir des prix abordables. Cependant, ce mode de fournisseur est peu utilisé car les produits ne sont pas disponibles immédiatement.

✓ En général, le pharmacien a recours aux grossistes-répartiteurs face à une demande de matériel médical. En effet, les grossistes ont créé des sociétés spécialisées dans la location et la vente de matériel médical. Il est alors intéressant de les contacter et de définir, ensemble, une politique de distribution locale où chacun s'occupe de son métier : le grossiste travaillant avec le pharmacien et le pharmacien s'occupant du patient en bout de chaîne. De plus, plusieurs avantages s'offrent au pharmacien :

- il peut être conseillé sur le matériel, les réglementations et les législations actuelles ;
- le matériel peut être disponible immédiatement ;
- le pharmacien n'a pas besoin de posséder le matériel à l'officine, d'où un certain gain de place ;
- la livraison et l'installation du matériel sont effectuées au domicile du patient, puis une visite est mise en place un mois après puis tous les 3 à 4 mois ;
- des conseils sont donnés au patient sur l'utilisation du matériel ;
- ils assurent une astreinte téléphonique 24h/24 et 7j/7 ;
- en cas de réparations nécessitant l'immobilisation d'un matériel pendant plus d'une journée, le prestataire de services fournit un matériel de remplacement dans les délais prévus, soit 24h pour le matériel d'oxygénothérapie et les compresseurs de matelas anti-escarre et 2 jours ouvrables pour les autres produits ;
- ils contribuent au circuit de désinfection du matériel loué lors de la reprise du matériel ;
- des stages de formation sont organisés.

Notons quelques grossistes spécialisés dans le MAD en Meurthe-et-Moselle et aux alentours auxquelles le pharmacien pourra se référer :

Locapharm
ZAC du Breuil
105, avenue Edmond Michelet
54700 Pont-à-Mousson
Tél : 03 83 84 02 03

Orkyn
12-13, rue du bois d'Orly
57685 Augny
Tél : 03 87 38 45 11

DMedica
18, avenue des Erables
54182 Heillecourt
Tél : 03 83 55 63 48

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

Ils comprennent :

- les personnels intervenant auprès de la personne malade ou présentant une incapacité ou un handicap ;
- les personnels chargés de garantir l'application des règles professionnelles (ils doivent avoir un comportement professionnel et éthique, respecter la dignité et l'intimité de la personne, et sont tenus au secret professionnel) et de bonnes pratiques de délivrance des matériels.

En ce qui concerne les fournisseurs qui ne sont pas des professionnels de santé, ils sont agréés lorsqu'ils ont passé une convention avec les caisses d'assurance maladie obligatoire afin que le matériel fourni aux assurés soit pris en charge selon les tarifs en vigueur. En contrepartie, les fournisseurs s'engagent à respecter les grands principes des règles de bonne conduite.

4- Faire face à la concurrence [26-27]

Le matériel de MAD n'appartient pas au monopole pharmaceutique. Parmi les prestataires de service, les officinaux représentent 45% du marché, contre environ 10% pour les réseaux associatifs et 45% pour le secteur privé.

L'environnement est très concurrentiel : en effet, on constate l'implantation de nombreux magasins de matériel médical, de vente par internet, et l'existence de grosses sociétés privées filiales de groupe, qui bénéficient d'une logistique efficace, de délais de livraison très courts, d'une assistance de dépannage 24h sur 24. Il existe également des associations de malades implantées au sein même des services hospitaliers, ce qui incite les praticiens à se tourner vers elles pour organiser la sortie de leurs malades. Cependant, elles se consacrent généralement à une maladie donnée (Parkinson, Alzheimer).

Ces concurrents présentent deux gros avantages par rapport à l'officine : ils peuvent faire de la publicité en se rendant notamment à l'hôpital au chevet du malade pour proposer du matériel médical en vue d'un retour à domicile, et sont uniquement spécialisés dans le domaine du MAD, ce qui les rend très compétents à ce sujet. Les prix sont aussi compétitifs étant donné que les commandes sont importantes.

⇒ Résultats de l'enquête

J'ai demandé aux pharmaciens comment ils essayaient de faire connaître leur activité de MAD face à cet environnement concurrentiel.

La majorité d'entre eux affirment que la communication au comptoir est primordiale, mais qu'il est nécessaire de disposer de moyens visuels pour faire connaître l'activité : l'autocollant sur la vitrine est utilisé par 11 d'entre eux, tandis que 2 pharmaciens affirment qu'il est préférable d'avoir une enseigne extérieure lumineuse importante.

Enfin, certains d'entre eux (6 pharmaciens) laissent en évidence les dépliants ou les fiches de comptoir de leur fournisseur.

De plus, lorsque j'ai questionné les officinaux sur leurs attentes et leurs besoins en matière de MAD, bon nombre réclament pouvoir faire plus de publicité estimant qu'« il est très difficile de lutter avec les sociétés qui captent les patients dès leur sortie de l'hôpital ». D'autres souhaiteraient plus de place pour exposer leur matériel, notamment dans leurs vitrines.

⇒ Explications et solutions

La concurrence revient donc beaucoup dans le discours des officinaux qui estiment que cela constitue un frein au développement de cette activité.

Mais alors, comment le pharmacien peut-il faire face à cette concurrence ? [25]

Face à une telle concurrence, le pharmacien possède néanmoins des solutions pour valoriser le MAD.

Un prestataire, la société Orkyn a élaboré une stratégie d'action en 6 étapes pour permettre le développement du MAD en officine :

✓ Former l'équipe officinale ou impliquer plus particulièrement une personne de l'équipe dans le secteur du MAD.

✓ Rendre visible le MAD en communiquant au comptoir : face à la demande d'un patient, il est important d'anticiper ses besoins, en parlant des produits pouvant lui être proposés, en proposant des catalogues d'articles facilitant la vie à domicile, des brochures d'information ainsi que des échantillons de matériel disponible (c'est le cas des protections anatomiques dans le cadre de la prise en charge de l'incontinence). Actuellement, la circulation d'informations sur les différentes gammes de matériel à l'aide d'un écran plat placé à l'intérieur de l'officine ou la création d'un site internet pour

montrer les différents services à domicile proposés par le pharmacien, valorisent le MAD.

Outre ces moyens de communication, la vitrine reste un élément primordial pour communiquer. Cela peut se faire sur l'extérieur avec l'aide d'un totem ou encore d'une vitrophanie (adhésif transparent collé sur la façade) pour afficher la spécialité du pharmacien. L'intérieur de la vitrine s'organisera par thème : par exemple le thème de la marche où on exposera des cannes tripodes, un déambulateur, un rollator, ... ou encore le thème de l'incontinence ou on exposera cette fois-ci des alèses, des protections anatomiques, des étuis péniens, etc.

De même, si le pharmacien dispose d'un espace réduit, celui-ci pourra s'appuyer sur des accessoires miniatures adaptés que peut procurer par exemple la société Orkyn pour réaliser une vitrine attrayante pour le consommateur (Figure 4).

Figure 4 : exemple d'une vitrine utilisant des accessoires miniatures



✓ Accompagner le patient dans l'officine et dans son environnement : des visites à domicile peuvent avoir lieu pour l'installation du matériel, l'évaluation des besoins complémentaires, la maintenance et le suivi du matériel, ce qui permet aussi de renforcer les liens de confiance entre le patient et le pharmacien.

✓ S'inscrire dans un réseau de soins pour garder des relations privilégiées avec le médecin, les soignants, les aidants, les structures d'accueil.

✓ S'appuyer sur un prestataire de service pour répondre à la demande de MAD.

✓ Construire son propre positionnement de prix selon la LPP, la concurrence et le patient.

Le pharmacien doit construire une véritable stratégie de travail, c'est-à-dire :

- ✓ Avoir un bon agencement dans l'officine, améliorer l'accessibilité ;
- ✓ Avoir une bonne gestion des achats (lister chaque année les fournisseurs à privilégier), une bonne gestion des commandes (analyser les rotations de stock) ;
- ✓ Répartir les tâches : attribuer des fonctions précises au personnel de l'officine ;
- ✓ Vérifier le stock : disposer du meilleur produit, choisir une marque plus valorisante, analyser la rotation du stock, sa gestion, son réapprovisionnement ;
- ✓ Gérer le circuit de désinfection : le matériel de MAD mis en location, selon les *Bonnes pratiques de nettoyage et de désinfection, de stockage, circulation, manipulation et transport des dispositifs médicaux utilisés à domicile*, doit être nettoyé et désinfecté pour garantir une asepsie rigoureuse.

Ainsi, le pharmacien ne manque pas d'armes pour faire face à la concurrence et doit toujours s'améliorer et user de techniques nouvelles pour valoriser le métier du MAD en officine.

5- Les réseaux de santé [23]

⇒ Résultats de l'enquête

A la question, « Travaillez-vous en réseau ? », un seul pharmacien interrogé a répondu par l'affirmation.

⇒ Explications

Ceci montre que les réseaux sont souvent encore méconnus des pharmaciens. J'ai pu constater que la majorité ne savait pas s'il y en existait dans la région et à quelle personne s'adresser pour essayer d'en intégrer.

Il me semble donc nécessaire ici de rappeler les principales caractéristiques d'un réseau de santé.

5-1 Définition

Comme nous l'avons vu, de nombreux acteurs sont impliqués au domicile du patient. Cependant, chaque acteur ne peut pas intervenir indépendamment les uns des autres. Il faut coordonner tout le monde ; la qualité de la prise en charge en dépend.

C'est à ce niveau qu'interviennent les réseaux, ils permettent d'organiser la coordination de tous les professionnels et ainsi de rendre possible et d'optimiser le MAD.

Un réseau de santé est un ensemble de professionnels de santé se regroupant autour d'une pathologie, d'un type de patients ou d'un bassin géographique pour offrir aux patients la possibilité de rester à domicile en leur assurant, de par la synergie de leur action, des soins adaptés à leur situation. Ils sont fondés sur deux grands principes : la **coordination** et la **continuité** des soins et ont également une action de **prévention** collective et **d'éducation** pour la santé. Les réseaux peuvent regrouper uniquement des professionnels de santé de ville : médecins traitants, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, voire intégrer les services hospitaliers concernés, comme c'est souvent le cas dans le cadre des réseaux d'oncologie.

5-2 Organisation

C'est le coordinateur du réseau qui va organiser le retour du malade à son domicile. Pour ce faire, il s'assure tout d'abord de la faisabilité du MAD en visitant le malade à l'hôpital et en se rendant à son domicile. Il contacte ensuite les intervenants, en respectant le choix du patient, et les informe de la situation. Il assure la coordination entre tous les acteurs pour le suivi du patient en apportant des outils de liaison tels que des documents de suivi. Les acteurs les remplissent au fur et à mesure de leurs observations et de leurs interventions et peuvent suivre ainsi l'évolution du patient. Le coordinateur devient l'interlocuteur privilégié des intervenants et du malade qui peuvent le contacter en cas de problème dans la prise en charge. Il permet de répondre à l'urgence : trouver rapidement des intervenants, du matériel ; il aide le patient dans les démarches pour obtenir un bon financement,....Ainsi, les professionnels et le malade ne sont plus livrés à eux-mêmes, le réseau les encadre, ce qui rend le MAD plus structuré et la prise en charge plus globale et efficace.

5-3 Financement

Depuis 2002, un fonds spécifiquement destiné aux réseaux de santé a été créé : la DRDR ou Dotation Régionale de Développement des réseaux. Une convention conclue dans chaque région entre le directeur de l'ARH et celui de l'URCAM définit les conditions de financement (mise en place d'un prix de journée global financé par la caisse d'Assurance Maladie). Celles-ci sont fixées dans les quatre mois à partir de la réception d'un dossier complet, indiquant les modalités par lesquelles acteurs du réseau et patients manifestent leur volonté de participer à cette structure (toute personne ayant le libre choix d'entrer ou de sortir d'un réseau). Elle ne peut porter sur une période supérieure à trois ans. Dans ce cas, les caisses primaires d'Assurance Maladie peuvent prendre en charge le ticket modérateur, normalement à la charge du patient, et verser un forfait pour la fourniture de produits non remboursés.

5-4 Intérêt

Lorsqu'il existe un réseau local déjà implanté, il est conseillé de s'en rapprocher. Pour connaître les structures existantes, il faut se renseigner auprès des syndicats de pharmaciens et de médecins du département, de la CPAM et des hôpitaux régionaux.

En Lorraine, il existe le réseau relience qui est composé de pharmaciens d'officine qui organisent le retour et le maintien à domicile de ses patients. D'autres professionnels de santé comme un kinésithérapeute, des infirmiers, des psychologues, sont également présents. Les pharmaciens organisent le retour à domicile des patients après une hospitalisation en se rendant parfois à l'hôpital, puis à domicile. Ils s'occupent du portage des médicaments et de la maintenance du matériel. Les membres de ce réseau se réunissent régulièrement et intègrent une formation sur les nouveaux traitements et le matériel.

Plusieurs avantages s'offrent au pharmacien qui intègre le réseau :

- assurer un potentiel de clientèle ;
- se faire connaître des autres professionnels de santé, notamment des prescripteurs, comme étant le spécialiste du MAD ;
- améliorer ses connaissances, de nombreuses formations étant organisées au sein du réseau.
- mieux comprendre les ordonnances : il arrive que les ordonnances de sortie d'hôpital soient imprécises, incomplètes ou mal rédigées. Les réseaux de santé évitent ce problème en proposant des prescriptions précises types aux médecins et en surveillant qu'elles soient complètes et qu'elles répondent bien aux besoins du patient.
- améliorer ses conseils : le coordinateur peut par exemple aider l'officinal à déterminer le matériel nécessaire ou le mettre en rapport avec les référents utiles.
- faire face à la concurrence : les réseaux essaient de s'implanter à l'hôpital en se présentant dans les services.

Si l'implantation de ces structures semble une solution d'avenir pour le pharmacien, quelques limites se posent :

- le réseau nécessite une structure d'administration et de direction pour la prise en charge multidisciplinaire du patient, ce qui peut représenter un coût supplémentaire ;
- les professionnels sont beaucoup sollicités et appartiennent parfois à plusieurs structures, pouvant occasionner un manque de temps pour s'impliquer totalement dans la prise en charge d'un patient.

A ce titre, le réseau MADLOR, créé en 2001, a fermé ses portes en 2006, faute de moyens disponibles.

Ainsi, les réseaux de santé de MAD constituent pour le pharmacien une opportunité de revaloriser la profession. Ils donnent l'occasion au pharmacien de s'implanter plus facilement dans ce domaine et lui permettent de s'affirmer en tant que professionnel de santé. Ils montrent que le pharmacien est un acteur incontournable de la chaîne de santé à de nombreux niveaux.

6- Les limites du MAD

Si le MAD se développe de plus en plus, il convient cependant de bien réfléchir aux difficultés pouvant se présenter avant de prendre en charge toute demande de la part d'une personne âgée. En effet, quelques situations peuvent être un frein au MAD :

- ✓ Les personnes dépendantes vivant seules à leur domicile : en l'absence du conjoint ou d'un autre membre de la famille, il est préférable d'orienter la personne vers une maison de retraite.
- ✓ Le logement inadéquat : Certaines situations sont précaires notamment en milieu rural et ne permettent pas l'installation de matériel au domicile (absence de sanitaires, de chauffage,...).
- ✓ L'incapacité fonctionnelle lourde : les stades 4 sont plutôt tournés vers la mise en place en institution.
- ✓ La démobilisation de l'entourage lorsque la charge d'un proche devenu dépendant devient trop lourde à porter. Les bouleversements affectifs, l'inquiétude, le stress et la fatigue permanents menacent la qualité de vie de l'aidant et de ce fait le MAD.
- ✓ Le manque de structures d'aides à domicile dans certaines régions.
- ✓ Le coût financier de certaines prestations : même si les personnes âgées peuvent bénéficier de l'APA, certains services comme les gardes de jour et de nuit ont un coût important. De plus, le matériel médical n'est pas toujours entièrement remboursé.
- ✓ L'insuffisance d'intervenants, surtout en milieu rural.
- ✓ L'insuffisance de formation des intervenants : le MAD est en perpétuelle évolution, le matériel médical devient de plus en plus performant et change continuellement. Aussi, tous prestataires confondus, deux tiers des aidants n'ont aucune formation.
- ✓ L'absence de coordination entre les différents acteurs, d'où l'intérêt de la constitution de véritables réseaux de santé.

7- Points forts et points faibles du pharmacien d'officine [28]

⇒ **Résultats de l'enquête**

Tous les pharmaciens interrogés estiment jouer ou devoir jouer un rôle dans le MAD :

- *La majorité d'entre eux estiment que cela fait partie du métier de pharmacien et que cela fait partie de « la qualité du professionnel de santé ».*
- *Selon eux, le pharmacien est sollicité de par son accessibilité, sa disponibilité et le lien étroit qu'il tisse avec son patient.*
- *3 pharmaciens évoquent aussi la concurrence et estiment qu'ils doivent jouer ce rôle pour éviter la prise du marché par d'autres sociétés.*

Par ailleurs, lorsque les pharmaciens parlent de leurs contraintes, il en ressort cinq problèmes essentiels :

- *Le manque d'espace dû à un stock volumineux (pour 12 d'entre eux) ;*
- *Le manque de temps (pour 6 d'entre eux) ;*
- *Le manque de formation (pour 3 d'entre eux) ;*
- *La concurrence (pour 3 d'entre eux) ;*
- *Le manque de personnel (pour 1 d'entre eux) : pour 5 officinaux, c'est un membre de l'équipe qui s'occupe du MAD. 10 pharmaciens sur 20 souhaiteraient former un membre du personnel pour s'occuper du MAD afin de développer le marché.*

⇒ **Conclusion**

Afin de conclure sur le rôle que devrait jouer le pharmacien d'officine dans le MAD, il convient de regrouper sous forme d'un tableau les facteurs favorisant son implication et ses limites. (Tableau 12)

Tableau 12 : points forts et points faibles du pharmacien pour exercer le MAD

Points forts	Points faibles
La proximité	Le problème de la publicité et de la communication : les brochures d'éducation sanitaire remises par le pharmacien gratuitement au public, ne peuvent faire apparaître que le nom et l'adresse de la pharmacie.
La relation de confiance : le pharmacien joue un rôle d'écoute, de conseil et de suivi pharmaceutique. Il connaît le patient et son entourage.	Le défaut d'implication du personnel : une prise en charge optimale du MAD passe par une prise en charge globale ; il est nécessaire que tous les professionnels de l'officine s'impliquent et prennent le temps de se former.
La compétence : le pharmacien est soumis à une obligation de formation continue	Le manque de formation sur les appareils et produits fournis aux patients.
La possibilité de travailler avec les autres professionnels de santé	La concurrence : le MAD se répartit entre divers acteurs de compétences et d'horizons très différents.
L'approvisionnement : plusieurs possibilités se présentent au pharmacien d'officine pour fournir le matériel médical, ce qui lui permet d'assurer une activité de MAD, quelque soit la taille de l'officine.	Le manque d'espace : il est souvent nécessaire d'exposer du matériel médical pour montrer aux patients ou à l'entourage ce qui existe.
La disponibilité : la pharmacie est un lieu ouvert de façon presque continue ; on y trouve quelqu'un de disponible sans rendez-vous.	Le manque de temps : les visites au domicile du patient, les réunions de coordination et de formation, sont un frein au MAD.

Ainsi, le maintien à domicile ne peut se faire dans n'importe quelles circonstances. Il faut une place suffisante pour recevoir tout le matériel nécessaire et un soutien moral. Cependant, par sa proximité et ses connaissances, le pharmacien participe à l'amélioration de la prise en charge des personnes et en tant qu'acteur de santé, il doit s'efforcer de s'inclure dans la prise en charge de son patient.

Chapitre 4 :

Le pharmacien, acteur dans la prise en charge de la personne âgée à domicile

Le MAD ne représente qu'une faible part de l'activité du pharmacien. Cependant, l'officinal, considérant le MAD comme un service rendu aux personnes âgées, le développe de plus en plus. La prise en charge est pluridisciplinaire, adaptée à chaque personne dont les besoins varient selon son niveau de dépendance et son état fonctionnel.

1- Une prise en charge adaptée à la personne âgée

Le médecin, avec la collaboration des autres intervenants, élabore, propose et évalue des programmes rééducatifs adaptés. En effet, d'après la Classification Internationale du Handicap, trois points sont à considérer :

- ✓ La déficience, c'est-à-dire l'altération d'une structure ou d'une fonction de l'organisme ;
- ✓ L'incapacité : perturbation des aptitudes résultant d'une déficience ;
- ✓ Le handicap : résultant de la déficience et de l'incapacité, il limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels. C'est une résultante en relation avec l'environnement de la personne.

Les échelles appréciant les activités de la vie quotidienne, le comportement, la mémoire et/ou l'orientation, la communication, la vision, l'audition sont très utilisées pour permettre cette prise en charge individuelle.

2- L'évaluation fonctionnelle de la personne âgée

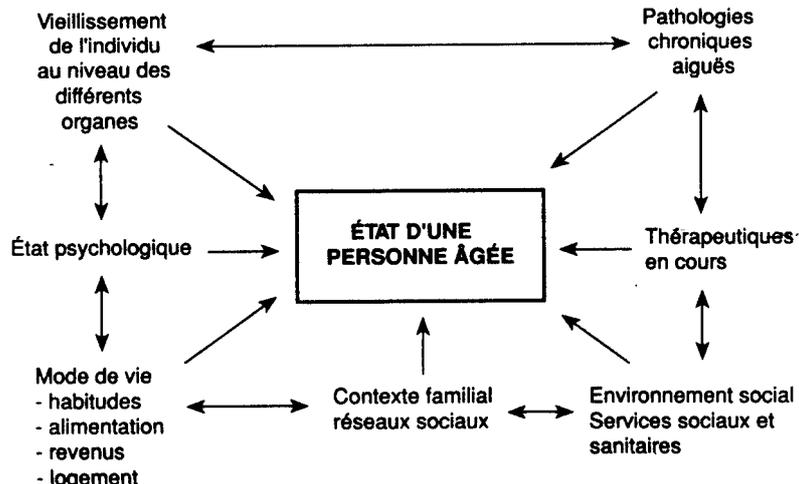
Le médecin généraliste ou spécialiste est au premier plan et l'analyse de l'état fonctionnel de la personne âgée permet de prescrire le matériel nécessaire à bon escient et dans les meilleurs délais. La démarche médicale traditionnelle qui rattache un symptôme à une cause unique a peu d'intérêt. Pour chaque symptôme, il convient de relever une série de facteurs favorisant et d'intégrer leur prise en charge dans la recherche du meilleur équilibre possible, en termes de qualité de vie et d'autonomie préservée. Le vieillissement plurifactoriel, l'influence de l'environnement sur l'état de santé et l'autonomie, font que l'évaluation de chaque personne doit être individualisée et globale. Plusieurs éléments sont à prendre en compte (Figure 5) :

- ✓ Le vieillissement de l'individu au niveau des différents organes ;
- ✓ L'état psychologique ;
- ✓ Le mode de vie ;
- ✓ L'environnement familial et social ;

- ✓ Les thérapeutiques en cours ;
- ✓ Les pathologies chroniques aiguës.

Tous ces éléments interviennent dans la prise en charge et s'équilibrent à un moment donné.

Figure 5 : L'évaluation d'une personne âgée [29]



L'évaluation est complexe et longue. Le médecin a besoin de l'entourage et des autres intervenants pour connaître l'état de son patient et proposer un projet de soins. La personne âgée doit être écoutée ; son avis et ses désirs sont fondamentaux. Ces critères doivent être réévalués périodiquement, car les situations peuvent changer très vite : les pathologies qui s'enchaînent, les facteurs de risque qui s'amplifient, le décès d'un conjoint. Ceci amène le prescripteur à resituer l'acte thérapeutique. De plus, le prescripteur prend en compte le niveau de dépendance de la personne en utilisant les grilles d'évaluation, comme la grille AGGIR.

Des échelles plus simples que la grille AGGIR, proposées par les prestataires, sont mises à la disposition du patient dans des brochures distribuées à domicile, sur demande de la personne, ou à l'officine (Figure 6). D'après un score, elles proposent plusieurs solutions pour améliorer la qualité de vie du patient. Elles permettent une première évaluation du niveau de dépendance mais ne peuvent en aucun cas être assimilées à un diagnostic médical.

Figure 6 : Echelle d'évaluation de la dépendance proposée par Orkyn [30]

Activités de la vie quotidienne réalisées :	de façon autonome	avec difficulté	avec une aide externe
Je me lève	1	2	3
Je me couche	1	2	3
Je vais aux toilettes	1	2	3
Je me lave	1	2	3
Je m'habille	1	2	3
Je mange	1	2	3
Je me déplace dans la maison	1	2	3
Je me promène à l'extérieur	1	2	3

Score global = _____ + _____ + _____

Score global	De 8 à 15 points	De 16 à 23 points	+ de 23 points
Niveau de dépendance	Faible	Moyen	Elevé
Mon handicap Mes besoins	Je souhaite garder mon indépendance et continuer à vivre dans mon environnement habituel.	J'ai un handicap moteur lié à une pathologie spécifique (insuffisance cardiaque, bronchite chronique, asthme, arthrose...) ou à la vieillesse.	Je souffre d'une pathologie plus lourde nécessitant des soins quotidiens.
Les solutions possibles	Des aides afin de compenser les effets naturels du vieillissement. Il faut prévenir les chutes et faciliter les gestes quotidiens de la vie.	Des aides techniques pour compenser le handicap, pour faciliter les gestes au quotidien. Des appareillages pour faciliter les déplacements à l'intérieur comme à l'extérieur, les transferts du lit au fauteuil.	Des appareillages pour faciliter les soins infirmiers, les transferts, les déplacements, les gestes quotidiens.

Il se pose un problème : qui doit réellement remplir la grille d'évaluation ?

L'utilisation d'un questionnaire destiné au patient est difficile car les personnes âgées ne sont guère objectives sur leur état de santé ; de plus, les troubles cognitifs peuvent altérer considérablement les réponses. Il est préférable que ces échelles soient remplies par l'entourage ou par l'équipe soignante et ensuite réévaluées par le prescripteur. De même, il est souhaitable que les personnes susceptibles de remplir les grilles d'évaluation bénéficient d'une information sur la signification à donner à chaque item et sur les principes de cotation, pour éviter les variations entre examinateurs.

3- Le recensement des besoins

Le matériel médical doit correspondre à un besoin, à un moment donné, selon les capacités de la personne. Pour ce faire, chaque fonction de l'organisme doit être évaluée afin que les besoins du patient soient pris en charge, de jour comme de nuit.

Plusieurs items sont à prendre en compte :

- ✓ **La mobilité** : il est important de savoir si la personne peut se déplacer seule à son domicile. Les aides techniques utilisées ne doivent pas changer l'approche de la personne. Il faut présenter le matériel, l'utiliser, expliquer son utilité et faire prendre conscience au patient de ses possibilités. Mal préparée à l'utilisation d'une aide technique, la personne âgée peut vite se décourager. Selon le niveau d'autonomie, le patient pourra bénéficier d'une simple canne ou d'un fauteuil roulant. Si la personne est immobilisée une bonne partie de la journée, se pose le problème du risque d'escarre et, dans ce cas, la prescription de coussins ou de matelas pour le lit médicalisé sera de règle, surtout si elle est alitée en permanence. D'autres aides techniques existent pour faciliter les déplacements ; nous les détaillons par la suite.

- ✓ **L'hygiène** : la toilette est importante, non seulement pour le respect de soi et de son corps, mais aussi car elle permet d'éviter ou de retarder les infections. Il est nécessaire de savoir si le malade effectue seul ou non sa toilette pour lui attribuer le matériel utile à ses besoins. Il peut s'agir de simples tapis antidérapants, de barres d'appuis, de sièges de douche. L'incontinence urinaire, fréquente chez les personnes âgées, doit être prise en charge. Selon le sexe et le type d'incontinence, partielle ou totale, on utilise des sondes, des étuis péniers, des protections anatomiques. D'autres aides comme le fauteuil garde-robe ou chaise percée s'avèrent nécessaires lorsque le patient est souvent assis et les transferts difficiles.

- ✓ **Les besoins spécifiques** : certains besoins individuels doivent être pris en compte : la personne âgée a-t-elle des problèmes respiratoires ? Dans ce cas, l'installation d'oxygène à domicile ou encore l'aérosolthérapie pourra être envisagée ; le malade est-il dénutri ? auquel cas la nutrition orale ou entérale sera discutée ; le patient voit-il correctement ? On verra que dans tous ces cas, une solution existe par des aides techniques adaptées.

3-1 L'aménagement de la chambre de la personne âgée

La chambre à coucher ne doit pas être considérée comme une simple pièce synonyme de repli. Au contraire, elle nécessite un aménagement particulier favorisant le confort et la sécurité.

3-1-1 Le lit médical et son environnement [31]

A/ Les différents types de lits

Le lit médicalisé intervient dans la prise en charge de la personne âgée pour diverses raisons : difficultés motrices, agitation nocturne, affections neuromusculaires avec déficit fonctionnel, prévention des chutes de lit, traitement et prévention des escarres chez la personne alitée.

Le matériel médical est de plus en plus sophistiqué et on trouve aujourd'hui des lits habillés de bois et de couleurs différentes, afin qu'ils puissent être en harmonie avec le mobilier de la chambre et effacer l'image de lit d'hôpital. On utilise actuellement uniquement des lits à hauteur variable (31 à 90 cm par rapport au sol) ; tous les modèles sont pliants ou démontables, ce qui facilite le transport et l'installation.

Le lit de base est équipé d'un relève-buste électrique. Ce système est actionné par une commande électrique, conforme aux normes de sécurité en vigueur, accessible au malade, lui permettant d'adapter la position du lit à ses besoins sans l'aide d'une tierce personne. Les modèles les plus rencontrés sont munis de quatre roulettes dont deux (ou parfois les quatre) sont équipées de freins. Le sommier dit « à quatre plans », possédant en plus une plicature des genoux (position de Fowler) sur le relève-jambe, se rencontre davantage.

Le lit médicalisé peut supporter un poids d'environ 135kg ; de nouveaux modèles ont été conçus pour permettre la prise en charge des personnes de forte corpulence (jusqu'à 280kg). Classiquement appelés « fortissimo », ils sont disponibles en différentes largeurs : 110, 120, 140 ou 160 cm. (Figure 7)

Pour des patients souhaitant continuer à partager le lit avec le conjoint, il existe des lits pour deux personnes en 140 cm qui comportent un ou deux sommiers indépendants, dont chacun peut avoir les options nécessaires (relève-buste, relève-jambe) et monter à la hauteur voulue, indépendamment de l'autre. (Figure 8)

Il existe actuellement des lits pour personnes confuses, que nous détaillerons dans la suite de cette thèse.

Figure 7 : lit médical Fortissimo [32]



Figure 8 : lit de couple médicalisé [33]



B/ Les annexes

Il existe de nombreux accessoires permettant d'offrir encore plus de confort et de sécurité à la personne immobilisée.

Les accessoires remboursés

- **Les arceaux de lit** : ils permettent d'éviter tout contact entre le patient et les draps et sont recommandés en cas de plaies. Ils existent en différentes tailles et sont pris en charge à l'achat mais avec un dépassement assez conséquent. (Figure 9)

Figure 9 : arceau de lit [34]



- **Le pied à sérum** : il est équipé d'un pied à 5 branches sur roulettes le plus souvent, et offre toutes les garanties en termes de stabilité.

Il est muni de plusieurs crochets pour supporter différents accessoires tels que flacon, poche de perfusion,... Grâce à sa tige télescopique, il peut être positionné à la hauteur souhaitée et adaptable sur le lit.

Il est pris en charge à l'achat (seulement pour celui à roulettes) ou en location avec un tarif dégressif au-delà de la 65^{ème} semaine. (Figure 10)

Figure 10 : pied à sérum [35]



- **Les barrières** : elles empêchent le malade de tomber en cas d'agitation ou de confusion. Elles sont prises en charge à l'achat (1278281) et sont remboursées si le lit est acheté.

- **La potence** : elle permet au malade de se soulever de son lit et de prendre appui. Sa prise en charge est incluse dans le forfait à la location ou à l'achat.

Dans tous les cas, pour bénéficier de la prise en charge, les accessoires utiles pour le patient doivent être prescrits sur l'ordonnance.

Les accessoires non remboursés

- **L'appuie-dos** ou relève-buste : pour les personnes désirant avoir une position inclinée dans leur lit. Ceci est de moins en moins utilisé du fait des lits médicalisés ayant une fonction relève-buste par commande électronique.

- **La table de lit** (le plus souvent à roulettes) : elle est réglable en hauteur et comporte un plateau pouvant être incliné avec un rebord empêchant les objets de tomber.

Elle est intéressante pour les personnes longtemps alitées devant déjeuner au lit ou ayant besoin d'un support pour rendre les objets facilement accessibles.

- **Divers accessoires de confort** : oreillers ou coussins ergonomiques, housses, alèses, ceintures de lit,...

C/ La prise en charge [36]

Le lit est inscrit au titre I, chapitre 2, section 1, sous-section 1 de la LPP, mentionné à l'article L.165-1 du code de la Sécurité Sociale. Il comporte une prise en charge à la location et à la vente.

Dans son avis du 28 novembre 2007, la HAS recommande de modifier les conditions d'inscriptions sur la LPP. Elle précise que la prise en charge est assurée pour les patients ayant perdu leur autonomie motrice, qu'elle soit transitoire ou définitive.

⇒ Jusqu'au 2 décembre 2009, le lit était pris en charge à l'achat pour les patients atteints d'affections neuromusculaires entraînant un déficit fonctionnel non régressif. Les accessoires sont inclus dans le tarif, sauf les barrières.

La HAS propose l'introduction de deux nouvelles lignes de prise en charge pour les lits à l'achat :

- une maintenance préventive, réalisée une fois par an, conformément aux recommandations de l'AFSSAPS du 25 juillet 2002 sur les lits médicaux électriques installés au domicile du patient.

- une maintenance curative, réalisée sur devis avec facture détaillée ; un lit médical sera mis à disposition temporairement, si nécessaire.

L'achat est renouvelable tous les 5 ans.

La garantie doit être au minimum de 2 ans.

Les lits disposant de la fonction proclive déclive ne sont pas pris en charge.

⇒ Dans la proposition de nomenclature, il est indiqué que la location est envisagée pour les pathologies régressives, transitoires ou en phase terminale. C'est une prise en charge hebdomadaire, de date à date. Pour la location, la potence, le pied à sérum, les barrières, le support pour bassin et porte-urinal sont fournis, si nécessaire. La prise en charge doit comprendre également la vérification technique, la démonstration du matériel, le nettoyage et la désinfection entre deux patients.

Depuis le JO du 19 novembre 2009, applicable au 13^{ème} jour après sa publication, la prestation la plus commune est la location. En effet, une nouvelle ligne est apparue à la LPP : uniquement les lits dits « spécifiques », c'est-à-dire ceux différant des lits standards, des lits pour enfants de 3 à 12 ans, ou encore des lits pour patient de plus de 135kg (tels qu'ils sont définis dans l'article premier du décret, aux paragraphes 1, 2 et 3), ont une prise en charge à l'achat. (Annexe 5)

Ainsi, les lits pour personnes fortes possèdent un forfait à la location selon le code 1249523 et ceux pour deux personnes ont une prise en charge à l'achat selon le code 1235662 (« lit médical, achat, lit spécifique et accessoires »).

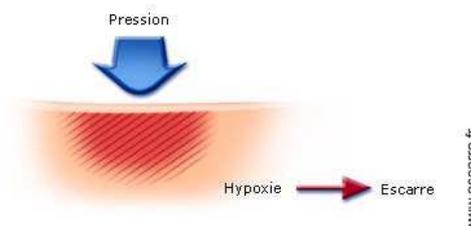
3-1-2 Les escarres

A/ Généralités

✚ Apparition et facteurs de risque

L'escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses, qui entraîne une anoxie tissulaire par occlusion de la microcirculation, déclenchant une ischémie superficielle et profonde rapidement irréversible. Le passage du stade de l'érythème à celui de plaie ouverte est rapide, parfois en quelques heures seulement (Figure 11). Chaque année, on dénombre près de 300 000 cas en France.

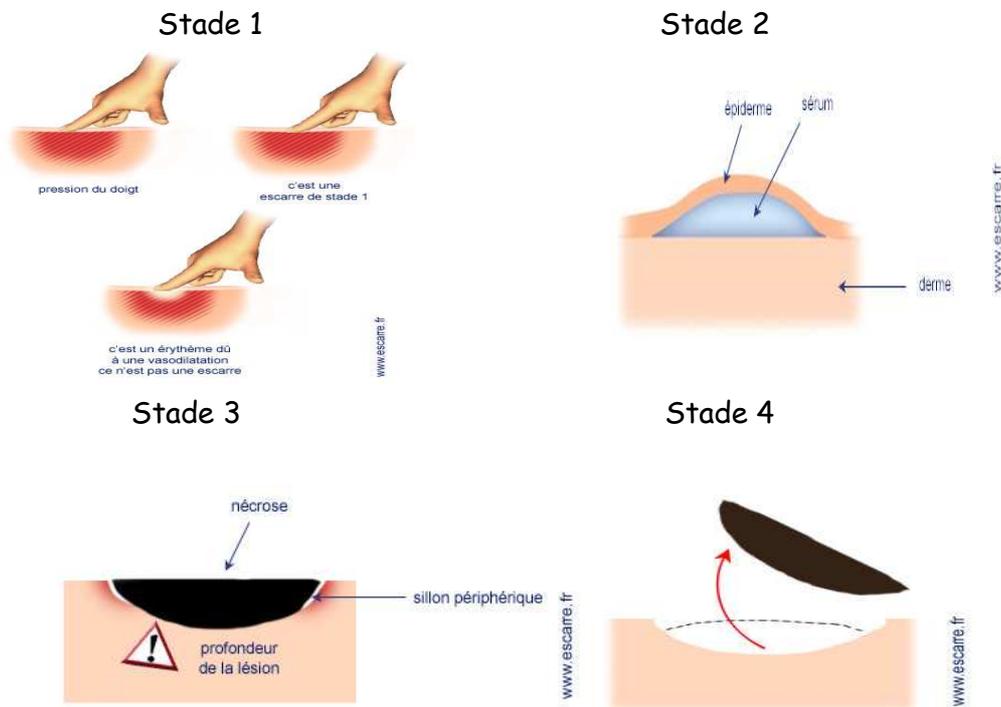
Figure 11 : la formation de l'escarre [33]



On distingue 4 stades d'évolution (Figure 12) :

- stade 1 : érythème persistant à la pression,
- stade 2 : apparition de phlyctène,
- stade 3 : altération ou nécrose du tissu sous-cutané,
- stade 4 : lésions profondes atteignant les muscles, les os, les tendons et les articulations.

Figure 12 : les différents stades de l'escarre [37]



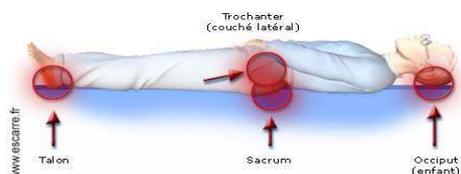
Il est important pour les professionnels de santé de bien connaître les différentes étapes dans la formation de l'escarre, car nous verrons plus loin que chaque stade a une prise en charge spécifique.

De plus, il faut savoir que certaines situations prédisposent aux escarres et que le patient doit en être informé pour limiter les risques. Les facteurs extrinsèques sont la pression prolongée, les facteurs de cisaillement de la peau et les frottements. Les facteurs intrinsèques sont nombreux : condition physique, état mental, incontinence, état nutritionnel, état de la peau, troubles neurologiques, diabète,...

📍 Localisation

40 % des escarres siègent au sacrum et 40% aux talons. Les autres localisations les plus fréquentes sont les ischions et le trochanter, les coudes, ainsi que l'occiput (surtout en pédiatrie). (Figure 13)

Figure 13 : les localisations de l'escarre [37]



✚ Evaluation

Des échelles d'évaluation, utilisables par le personnel infirmier, permettent d'estimer le degré de risque d'un patient. Plusieurs auteurs les ont comparées et ont mis en avant leurs insuffisances et leurs limites, mais ne peuvent indiquer laquelle est la meilleure. Le score de Norton, établi dans une population de sujets âgés, est le plus souvent utilisé. Plus le score est bas, plus le patient a de risque de développer une escarre. Il doit être évalué régulièrement, en particulier lorsque la condition du malade s'altère. (Figure 14)

Figure 14 : échelle de Norton [38]

ÉVALUATION DES FACTEURS
DE RISQUES D'ESCARRES

Échelle de Norton

Condition physique	Condition mentale	Activité	Mobilité	Continence
4. Bonne	4. Alertes	4. Ambulant	4. Complète	4. Continent
3. Moyenne	3. Apathique	3. Marche avec aide	3. Légèrement limitée	3. Incontinent occasionnellement
2. Pauvre	2. Confus	2. Mis au fauteuil	2. Très limitée	2. Incontinence urinaire
1. Mauvaise	1. Stuporeux	1. Couché	1. Immobile	1. Incontinence urinaire et fécale

Score ≥ 15 : risque faible ; 13 < score < 14 : risque modéré ; 9 < score < 12 : risque élevé ; Score < 8 : risque très élevé

Lexique de l'échelle de Norton

Condition physique	Bonne Moyenne Pauvre Très mauvaise	État clinique et santé physique (statut nutritionnel, intégrité des tissus, masse musculaire, état de la peau) État clinique stable, paraît en bonne santé et bien nourri. État clinique généralement stable, paraît en bonne santé. État clinique instable, en mauvaise santé. État clinique critique ou précaire.
État mental	Alerte Apathique Confus Inconscient	Niveau de conscience et orientation Orienté, a conscience de son environnement. Orienté (2 fois sur 3), passif. Orienté (1 fois sur 2), conversation quelquefois inappropriée. Généralement difficile à stimuler, léthargique.
Activité	Ambulant Marche avec aide Assis au fauteuil Alité	Degré de capacité à se déplacer Capable de marcher de manière indépendante (même avec une canne). Incapable de marcher sans aide humaine. Marche seulement pour aller au fauteuil, confiné au fauteuil à cause de son état et/ou sur prescription médicale. Confiné au lit en raison de son état et/ou sur prescription médicale.
Mobilité	Totale Diminuée Très limitée Immobile	Degré de contrôle et de mobilisation des membres Bouge et contrôle tous ses membres volontairement, indépendant pour se mobiliser. Capable de bouger et de contrôler ses membres, mais avec quelques degrés de limitation, a besoin d'aide pour changer de position. Incapable de changer de position sans aide, offre peu d'aide pour bouger, paralysie, contractures. Incapable de bouger, incapable de changer de position.
Incontinence	Aucune Occasionnelle Urinaire Urinaire et fécale	Degré de capacité à contrôler intestins et vessie Contrôle total des intestins et de la vessie, a une sonde urinaire et aucune incontinence. 1 à 2 incontinences d'urine ou de selles par 24 h, a une sonde urinaire ou un étui pénien, mais a une incontinence fécale. 3 à 6 incontinences urinaires ou diarrhées dans les dernières 24 h. Ne contrôle jamais intestins et vessie, 7 à 10 incontinences par 24 h.

D'après Bolini H. Prévention et traitement des escarres à l'hôpital Saint-Nicolas-de-Port : enquête sur l'existant et proposition de fiches de bonnes pratiques. Thèse de diplôme d'État de docteur en pharmacie, Nancy, 2002, 21.

✚ Prévention [39]

Quelques conseils sur l'installation et la position du patient sont essentiels :

- le malade doit être installé confortablement en évitant tout frottement ;
- pour modifier la position du patient, il est préférable de le soulever verticalement, plutôt que horizontalement ;
- les points d'appui doivent être régulièrement changés, en général toutes les 2 à 4 heures : plus la personne cumule des facteurs de risque, plus il faudra intervenir souvent. Il faut aussi tenir compte du type de support du patient ;

- la position semi-assise génère des forces de cisaillement nocives, mais c'est souvent la seule position autorisée chez les malades en insuffisance cardiaque ou recevant une alimentation entérale ; dans ce cas, l'inclinaison du dossier doit être limitée à moins de 30° par rapport au plan du lit.

Dans la plupart des conférences de consensus et recommandations en matière de prévention d'escarre chez la personne âgée, les experts mettent en avant l'effet favorable de la prévention ou de la correction d'une dénutrition. Le rôle des apports alimentaires insuffisants, notamment protéiques, a été reconnu comme le paramètre le plus significatif du risque d'apparition d'escarre. La dénutrition entraîne une diminution de la masse adipeuse, ce qui diminue son rôle d'amortisseur au niveau des pressions transmises aux plans sous-jacents en regard des proéminences osseuses.

Par ailleurs, le patient doit être maintenu dans un environnement propre et sec : chez les patients présentant une incontinence urinaire, des changes réguliers, avec un matériel de change suffisamment absorbant, sont recommandés. Les soins d'hygiène ne doivent pas être trop agressifs : eau tiède, produits sans savon.

Une kinésithérapie quotidienne est nécessaire pour les personnes âgées : elle aide à installer le patient dans des positions qui ne favorisent pas la constitution de rétractions et s'efforce de permettre la reprise de la marche.

B/ le matériel [38]

Les supports d'aide sont extrêmement variés et il est souvent difficile de trouver celui qui sera le mieux adapté. Il existe des supports pour le lit et pour le fauteuil. Il convient d'équiper le lit médicalisé d'un matelas anti-escarre pour la nuit et le fauteuil d'un coussin anti-escarre pour le jour.

La LPP classe le matériel en 3 parties :

- classe I : patients avec un score de Norton inférieur ou égal à 14 ou présentant une lésion médullaire, il existe 2 sous-classes ; la classe IA avec un renouvellement possible tous les ans et la classe IB renouvelable tous les 2 ans.

- classe II : patients avec un score de Norton inférieur ou égal à 14 et présentant des antécédents d'escarre. Pour les coussins, cette classe est destinée aux patients restant plus de 10 heures au fauteuil. Le renouvellement est possible tous les 3 ans.

- classe III : score de Norton inférieur ou égal à 14 avec antécédents d'escarre et renouvellement possible tous les 5 ans.

Les matelas sont pris en charge à l'achat, la plupart d'entre eux possèdent maintenant un prix limite de vente.

Les matelas anti-escarre

Les matelas de classe I : pour les patients à faible risque d'escarre

- ❖ Matelas gaufrier : ils sont en général constitués d'un seul bloc ou quelquefois de 3 éléments de taille identique, constitués de plots de mousse. Ils permettent une bonne répartition de la pression et évitent le phénomène de macération grâce à la bonne circulation de l'air. Certains sont à module amovible : la mobilité, la souplesse, l'élasticité de chaque plot, indépendant des autres, permettent à l'ensemble du matelas d'accompagner les différents mouvements du corps.
- ❖ Matelas à pression alternée : c'est un système présentant 17 cellules à air alterné. Cette technologie permet d'obtenir un changement permanent des points d'appui sur le corps. Les cellules se gonflent et se dégonflent, une sur deux, selon un cycle de 10 minutes. Ce flux d'air stimule la circulation sanguine et évite les pressions prolongées et excessives sur les tissus. Le compresseur peut être pris en charge à l'achat ou en location. Ce matelas fait partie de la classe IB et est utilisé en accompagnement des soins des escarres de stade 1 ou 2 ou avec des antécédents d'escarre. Le matelas à air statique est peu utilisé.
- ❖ Matelas à fibres siliconées : ils sont constitués de fibres creuses en polyester enduites de silicone pour faciliter leur glissement les unes sur les autres. Ils sont particulièrement légers et conviennent surtout aux personnes maigres.

Les matelas de classe II : pour les patients à risque moyen à élevé d'escarre.

- ❖ Matelas à mémoire de forme : ils sont de plus en plus utilisés à domicile. Ils sont constitués d'une mousse thermoréactive et permettent d'assurer une réelle empreinte du corps, créant un moule naturel, et de répartir et réduire les pressions au niveau des points d'appui.
- ❖ Matelas pneumatiques à cellules télescopiques : il n'est quasiment plus utilisé en raison de son coût. Il est constitué de nombreuses cellules qui peuvent être gonflées séparément si bien que le patient peut, à certains endroits, ne pas être en contact avec le matelas, ce qui évite la macération. Le compresseur possède une prise en charge à l'achat ou à la location.

Les matelas de classe II sont aussi utilisés dans les escarres de stade 1 ou 2.

Les matelas de classe III : pour les patients à risque élevé d'escarre

- ❖ Matelas multistrat : c'est un matelas constitué de trois couches de mousse : une de haute élasticité, une intermédiaire de style gaufrier, une inférieure en mousse de haute résilience qui permet à l'ensemble de posséder une bonne cohésion. C'est un excellent support après une phase aigue d'escarre (stade III).

Il est à noter que les matelas à eau ou encore à gel ne sont plus homologués à la LPP.

✚ Les coussins anti-escarre

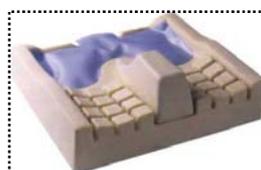
Pour les personnes restant au fauteuil, il est recommandé d'utiliser un coussin anti-escarre. Il existe deux classes de coussins répondant à la même classification que celle des matelas. Ils sont livrés avec une housse ainsi qu'un sac pour en faciliter le transport. Une grande variété de coussins existe et il faut choisir celui qui assure le meilleur confort au patient.

Les coussins de classe I : pour les patients à faible risque d'escarre ou restant moins de 10 heures par jour au fauteuil

- ❖ Coussins en gel : ils sont constitués de gel de polyuréthane ou de silicone et s'adaptent à la morphologie du corps. Ils diminuent la pression grâce à leur gel visco-fluide automodelant. Leur poids et leur prix sont leurs principaux inconvénients.
- ❖ Coussins en gel et en mousse : ils sont constitués également d'un gel qui est, dans ce cas, associé à un support mousse, ce qui le rend moins lourd et moins cher que les précédents.

Pour les personnes présentant une instabilité de la position assise avec effet de glissement en avant, il existe des coussins en gel comportant une cale de stabilisation étudiée pour épouser le pubis et réglable en hauteur, ainsi qu'une légère inclinaison vers l'arrière des plots épousant le galbe des cuisses. (Figure 15)

Figure 15 : coussin en gel et mousse [34]



- ❖ Coussins en mousse monobloc : moins utilisés que les précédents, ils sont plus légers mais autorisent moins de mouvements et augmentent souvent la transpiration et donc la macération.
- ❖ Coussins à air statique : ils sont constitués de plots plus ou moins épais remplis d'air. Le réglage du gonflage est imprécis et le risque de crevaison n'est pas anodin.
- ❖ Coussins en fibres : ils correspondent exactement aux matelas du même nom.

Les coussins de classe II : pour les patients à risque moyen ou élevé d'escarre et les personnes restant plus de 10 heures par jour au fauteuil

- ❖ Coussins en mousse viscoélastique ou dit « à mémoire de forme » : la mousse reprend lentement sa forme initiale après compression. L'allègement de la pression est optimal, et cela permet un bon positionnement du patient.
- ❖ Coussins à cellules pneumatiques : ils sont constitués de cellules cloisonnées entre elles, gonflées à l'aide d'une pompe. Il existe différentes hauteurs de cellules selon la taille et le poids du patient. Le gonflage s'effectue au maximum avant de placer le patient sur le coussin puis il est réajusté. Les pressions sont alors bien réparties, les effets de friction, de cisaillement et la macération sont réduits. (Figure 16)

Figure 16 : coussin à cellules pneumatiques [40]



Les coussins sont pris en charge à l'achat et la LPP prévoit des durées de renouvellement selon les classes, identiques à celles prévues pour les matelas.

Depuis le 1^{er} février 2006, comme les matelas, les coussins anti-escarre ont un prix limite de vente au public égal au tarif de remboursement de la LPP, à l'exception de certains coussins à cellules pneumatiques.

C/ Traitement [38]

Pour que la cicatrisation s'effectue rapidement et correctement, la plaie doit être maintenue dans un environnement chaud et humide, ce qui respecte son bactériocycle naturel et procure un effet antalgique : c'est ce que permettent les nouveaux pansements. Il existe plusieurs catégories de pansements spécifiques à chaque stade d'évolution de l'escarre :

- stade 1 : il faut protéger la peau pour éviter la macération et utiliser un hydrocolloïde (Urgomed®, Comfeel®,...) ou un hydrocellulaire (Allevyn®, Biatain®,...)

- stade 2 : la phlyctène peut être ouverte par opération chirurgicale pour vider la vésicule puis on utilise un hydrocolloïde ou un hydrocellulaire.

- stade 3 et 4 :

- pour une plaie exsudative : on utilise un hydrocellulaire dont les capacités d'absorption sont supérieures à celles de l'hydrocolloïde.

- pour une plaie très exsudative : un alginate ou un hydrofibre (Aquacel®) pour ses capacités d'absorption.

- pour une plaie malodorante : un pansement au charbon (Carboflex®, Carbonet®).

- pour une plaie infectée : on utilise soit un pansement argent+charbon (Urgotul S Ag®, Aquacel Ag®,...), soit un alginate (Algostéril®, Urgosorb®,...).

Les pansements sont inscrits dans le titre 1 de la LPP « Dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles de pansements », au chapitre 3. Certains ont un prix limite de vente. Les indications médicales entraînant la prise en charge, dépendent de la catégorie à laquelle appartient le pansement.

Ces pansements peuvent rester en place plusieurs jours, mais il faut les surveiller quotidiennement sans les enlever à chaque fois pour éviter des microlésions (certains sont maintenant transparents pour contrôler l'évolution de la cicatrisation de la plaie sans enlever le pansement). Il est conseillé de nettoyer la plaie au sérum physiologique à 0,9% et éviter l'emploi d'antiseptiques ou d'antibiotiques locaux. Toute pilosité gênant l'adhérence du pansement doit être enlevée.

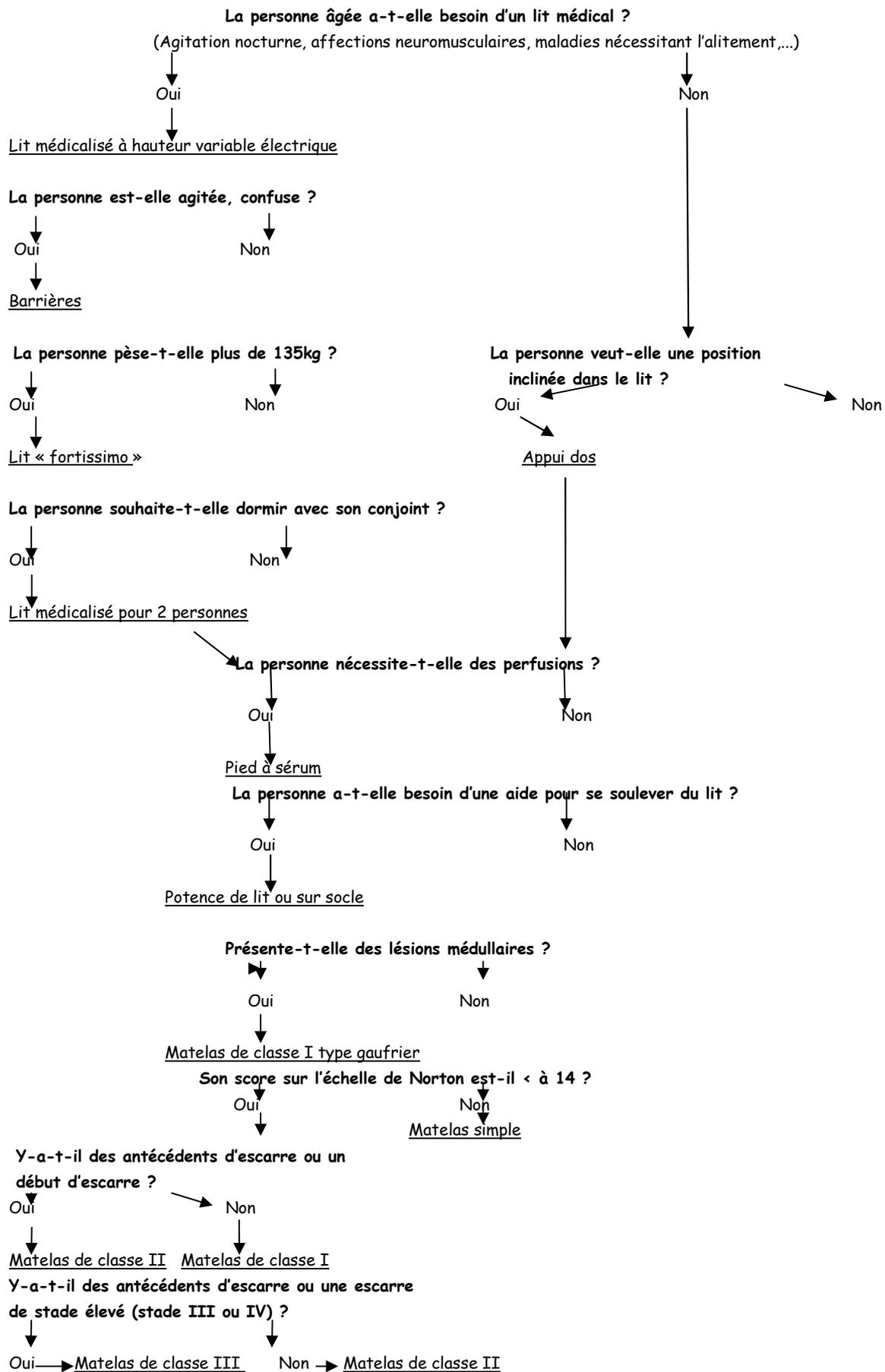
3-1-3 Le rôle du pharmacien

Le pharmacien intervient dans l'aménagement du cadre de vie quand les gestes du quotidien deviennent difficiles, voire impossibles. La chambre du patient est un lieu privilégié. Comme nous venons de le voir, plusieurs modèles de lits existent sur le marché et sont adaptés aux besoins du patient. Il est nécessaire que l'officinal se rende au

domicile de la personne, d'une part pour observer l'environnement de la chambre et déterminer le matériel le plus adapté, mais aussi d'autre part pour s'assurer du bon fonctionnement du matériel. Il doit aussi faire face à toute demande de réparation, d'installation ou de reprise du matériel, en collaboration avec le prestataire ou non. De plus, l'éducation du patient est primordiale, notamment dans la prévention des escarres : l'apprentissage des changements de position peut parfois être géré par le patient lui-même dans le cadre d'une auto-prévention, si ses fonctions supérieures et sa force musculaire le lui permettent.

3-1-4 Conclusion

Afin de synthétiser les différentes possibilités pour aménager la chambre d'une personne âgée, j'ai choisi de réaliser un arbre décisionnel récapitulatif :



3-2 La prise en charge des déplacements de la personne âgée

⇒ Résultats de l'enquête

J'ai interrogé les officinaux sur les ventes les plus nombreuses en terme de matériel médical. Tout ce qui concerne l'appareillage pour la mobilité (cannes anglaises, déambulateur, fauteuil roulant,...) arrivent en 1^{ère} position, suivi du matériel pour l'incontinence.

⇒ Explications

La marche est un acte essentiel chez la personne âgée qui doit le plus longtemps possible le pratiquer. En effet, ces trajets, même courts, ont un rôle majeur sur plusieurs fonctions de l'organisme :

- *le système osseux* : la fixation du calcium se fait par la mise en pression des os au cours de l'action musculaire obtenue lors de l'exécution des gestes de la vie quotidienne et par l'action de la pesanteur.

- *les cartilages* : ils se nourrissent grâce aux échanges d'eau avec les épiphyses osseuses qui ont lieu lors des phases de mise en charge/décharge, observés aux cours des mouvements et surtout lors de la marche.

- *le système musculaire* : la perte de la force musculaire peut atteindre 40% après une semaine d'immobilisation.

- *les tendons, ligaments et capsules articulaires* : la fibrose d'une partie de ces éléments commence après 48 heures d'immobilisation.

- *le retour du sang veineux et l'activité cardiaque* : la marche quotidienne est le principal moyen de prévenir les phlébites du lit et du fauteuil.

L'aide à la marche vise non seulement à préserver une autonomie de déplacement mais elle permet aussi de maintenir un rôle social : la personne âgée peut se promener, faire quelques courses, aller à la pharmacie,...

De nombreuses solutions existent pour faciliter les déplacements, selon l'intensité de perte de mobilité.

3-2-1 Les aides à la marche [41]

- **Les cannes** : dans le cas d'un handicap temporaire (chute, fracture ou foulure d'un membre), on utilise une paire de cannes anglaises, permettant un appui brachial. Les béquilles, comprenant un support aux aisselles, sont très peu utilisées en France.

Pour une personne âgée, le handicap est souvent définitif et les cannes de marche sont préférées. Elles existent en bois ou en métal et comportent des poignées différentes : courbe, en T ou de type allemand. Les cannes tripodes ou quadripodes sont préconisées pour les personnes ayant besoin d'un appui et souhaitant être sécurisées.

Les personnes âgées sont très souvent sujettes à l'arthrose. Pour pallier aux difficultés de préhension rencontrées, 2 types de cannes sont à disposition :

- La canne arthritique : avec poignée réglable en longueur et en inclinaison avec une attache velcro permettant de maintenir le bras. (Figure 17)
- La canne à poignée anatomique qui assure une prise en main idéale et répartit mieux les appuis (le poids est réparti sur toute la surface de la main). Elle existe en modèle pour droitier et gaucher. (Figure 18)

Figure 17 : canne à poignée arthritique [42]



Figure 18 : canne à poignée anatomique [43]



Certaines cannes sont également pliantes, facilitant le rangement et le transport. Elles sont prises en charge à l'achat.

- **Le déambulateur** : c'est une aide technique à 4 pieds permettant au patient d'avoir un équilibre lors de la marche. Il en existe différents types ; le cadre de marche peut être :

- fixe : la personne avance pas à pas en soulevant le déambulateur.
- articulé : le patient soulève la partie droite du cadre et avance le pied droit, puis il soulève la partie gauche et avance le pied gauche. Il est préconisé dans le cas de rééducation à la marche.

Les déambulateurs peuvent être aussi pliants pour faciliter le rangement et les déplacements.

Il existe également un déambulateur à double poignée qui apporte une aide à l'utilisateur qui est dans son fauteuil et qui souhaite se relever. Il permet une étape intermédiaire entre la position assise et debout. (Figure 19)

Figure 19 : déambulateur à double poignée [44]



Bien que les déambulateurs constituent une aide aux déplacements, ils s'avèrent encombrants d'où l'utilisation de plus en plus des déambulateurs pliants. De plus, ils sont assez lourds, ce qui peut poser problème quand la personne le soulève pour marcher et peut entraîner une perte d'équilibre.

- **Le rollator** : c'est un déambulateur muni de petites roues. Il est utilisé chez les personnes pour lesquelles les efforts doivent être limités.

Les plus utilisés sont munis de deux roues à l'avant avec parfois un siège en mousse rabattable permettant de se ménager des temps de repos. D'autres existent en 3 roues (1 roue avant et 2 roues arrière) et permettent une grande maniabilité, notamment dans les espaces exigus. Il existe des rollators à 4 roues, dotés de freins ergonomiques. Ils comportent un siège, un panier à provisions, un plateau,... améliorant les déplacements à l'extérieur.

Les déambulateurs et rollators sont réglables en hauteur et sont pris en charge à l'achat ou parfois en location avec un tarif dégressif au-delà de la 26^{ème} semaine.

Le recours à un déambulateur doit être décidé avec beaucoup de précautions : la reprise de la marche est facilitée et le gain d'autonomie est significatif. Cependant, les personnes s'habituent progressivement au déambulateur et l'usage devient obligatoire, entraînant alors une réduction considérable de l'autonomie. En pratique, il est préférable d'utiliser un déambulateur à cadre fixe dans le cas d'une rééducation à la marche, pour diminuer le risque d'accoutumance. Lorsque l'usage devient définitif, le modèle à roulettes est préféré, celui-ci demandant moins d'effort. Le choix doit tenir compte aussi du logement du patient, notamment en ce qui concerne la largeur.

3-2-2 Les véhicules pour handicapés physiques

A/ Les différents VHP [36]

Il est nécessaire de considérer la personne âgée comme polypathologique dans le choix du fauteuil roulant. En effet, toute déficience est à prendre en compte pour évaluer au mieux le fauteuil adéquat aux besoins.

De nombreux modèles existent en fonction du handicap de la personne.

Les fauteuils à propulsion manuelle par main courante sont les plus utilisés chez les personnes âgées qui conservent l'autonomie de leurs membres inférieurs mais qui présentent de plus en plus de difficultés, voire une impossibilité à se déplacer.

Dans le cas d'une hémiplégie, rencontrée fréquemment à la suite d'un AVC qui est la 1^{ère} cause d'invalidité en France, on utilise un fauteuil à double main courante, placée du côté valide. La main actionne une roue qui entraîne la seconde par un système de transmission. Certains fauteuils présentent un levier pendulaire permettant de le diriger par un simple mouvement de la poignée. Cependant, la vitesse de propulsion est plus faible et il est difficile de le faire pousser par une tierce personne. (Figure 20)

Figure 20 : fauteuil roulant avec levier pendulaire [45]



Le fauteuil roulant électrique est indiqué lorsque la personne ne peut elle-même se propulser en fauteuil manuel (tétraplégie, infirmité motrice cérébrale,...). Il existe un ou deux groupes moteurs munis de batteries d'alimentation. La boîte de commande peut être placée à la demande, à gauche ou à droite et comprend un levier de commande, un interrupteur marche-arrêt et un sélecteur permettant le réglage de la vitesse maximale. Le fauteuil électrique doit être muni d'un frein suffisamment puissant mais progressif pour ne pas entraîner un ralentissement trop brutal. (Figure 21)

L'évaluation des possibilités de commande et l'apprentissage de la conduite sont indispensables pour les déficiences sévères afin d'adapter parfaitement les aménagements nécessaires.

Figure 21 : fauteuil roulant électrique [46]



Il existe aussi des fauteuils roulants verticalisateurs qui permettent à la personne de s'élever à la verticale. La prise en charge est assurée pour les personnes handicapées dont l'état de santé nécessite une verticalisation régulière et qui sont dans l'impossibilité de le faire sans aide. Ils permettent de lutter contre toutes les complications engendrées par l'immobilité comme l'ostéoporose, les ankyloses articulaires, les escarres. Le système de verticalisation peut être manuel ou électrique et ceci confère plus d'indépendance à la personne. (Figure 22)

Figure 22 : fauteuil roulant verticalisateur [47]



B/ Critères de choix d'un VHP [48]

Pour choisir le fauteuil adapté au patient, plusieurs critères sont à prendre en compte :

- la déficience : par des bilans complémentaires, toutes les fonctions de l'organisme doivent être évaluées. Il faut aussi tenir compte du caractère définitif ou temporaire du handicap.
- l'âge : les fauteuils légers pliants qui vont de 13 à 17kg doivent être préférés chez les personnes âgées.
- la morphologie : il existe des fauteuils adaptés aux personnes fortes (jusqu'à 140kg).

- le confort : il est nécessaire d'avoir un dossier et une assise inclinable.
- le degré d'indépendance : le fauteuil électrique est réservé aux personnes ayant perdu leur autonomie manuelle.
- les ressources financières.
- le mode de vie : usage intérieur (roues à bandage), usage extérieur (roues à pneu), utilisation permanente ou non, déplacement en voiture (modèle pliant).
- l'environnement : la largeur des portes, l'accessibilité aux toilettes, la présence de marches,..., sont des éléments à prendre en compte. Pour adapter un appartement à la circulation en fauteuil roulant, il est possible de modifier :
 - l'angle des potences repose-pieds,
 - le placement de la palette,
 - le diamètre des roues arrière,
 - la profondeur d'assise.

Les fauteuils les plus utilisés sont à dossier inclinable, d'autres sont fixes ou rabattables pour mieux les transporter. Les accoudoirs sont le plus souvent amovibles, réglables en hauteur et en profondeur. Dans ce cas, leur fixation au châssis comporte un verrouillage permettant à la fois une pose et une dépose aisées.

Ils sont équipés également d'un repose-pied permettant le soutien et le positionnement correct de la jambe et du pied, lui-même constitué de palettes réglables en hauteur.

Comment choisir le fauteuil roulant adapté au patient ?

- un dossier bien ajusté doit arriver à la pointe des omoplates. Son inclinaison augmente le confort du patient. Le dispositif d'inclinaison doit être facilement manœuvrable et garantir un blocage efficace pour assurer la sécurité de la personne.
- la largeur d'assise ou largeur du siège doit correspondre à la largeur du bassin de la personne à laquelle on ajoute 2cm (il faut mesurer cette largeur avec les vêtements).
- la profondeur du siège doit être légèrement inférieure à la longueur de la cuisse. La distance entre le bord du siège et la plicature des genoux doit être comprise entre 4 et 10 cm.
- le réglage en hauteur des repose-pieds se fait pour que la cuisse repose par toute sa face inférieure sur l'assise, permettant ainsi d'assurer une répartition des pressions. Il faut aussi respecter un espace de 5 cm entre la palette du repose-pied et le sol afin de ne pas gêner le passage d'obstacles.
- l'adjonction d'un coussin de prévention des escarres peut être proposée.

Chez la personne âgée, les fauteuils roulants dits « de confort » sont la référence des fauteuils de gériatrie pliants. Ils assurent un meilleur maintien latéral et un grand confort grâce à un dossier ergonomique et à un coussin anatomique. Les accoudoirs sont réglables en hauteur et en profondeur, de même que le repose-jambes avec protection des articulations. Des béquilles de parking permettent de stabiliser le fauteuil. (Figure 23)

Figure 23 : fauteuil roulant confort [49]



Le fauteuil roulant électrique est aussi un excellent fauteuil de gériatrie. Il permet à la personne âgée de moins se fatiguer et est conseillé en cas d'insuffisance cardio-respiratoire. Cependant, ce fauteuil est déconseillé en cas de troubles neurologiques tels que pertes de mémoire, désorientation spatio-temporelle, pour éviter les accidents suite à une insuffisance de maîtrise de l'appareil. A ce titre, il est important de signaler aux patients bénéficiant d'un VHP de prendre contact avec leur assurance.

C/ Les annexes

Diverses annexes peuvent se surajouter au fauteuil pour améliorer les besoins de chaque personne :

- l'appui-tête qui se fixe derrière le dossier ;
- les montants de dossier complémentaires pour améliorer le confort du patient ;
- le système garde-robe adapté à l'incontinence du patient ;
- le repose-jambes fixé au repose-pied avec appui-mollets rembourrés et protections de genou en option ;
- le support pour amputé réglable en hauteur pour positionner le moignon ;
- la gouttière de jambe : avec 3 appui-mollets rembourrés pour les utilisateurs dont la jambe doit rester en rectitude complète ;
- la tablette pour faciliter les repas ;
- les roulettes anti-bascule pour une sécurité maximale dans les pentes ;
- les ceintures de maintien avec fermeture Velcro ou fermeture sécurité ;
- le porte canne ;
- la tige porte-sérum.

D/ La prise en charge

Les VHP sont inscrits au titre IV de la LPP qui est divisé en trois chapitres :

- le chapitre 1 concerne les fauteuils roulants ;
- le chapitre 2 concerne les véhicules divers (voiturettes, tricycles, poussettes) ;
- le chapitre 3 concerne les adjonctions au fauteuil.

La location des VHP est divisée en trois parties :

- location hebdomadaire du fauteuil avec 1 accessoire : 1298680 ;
- location hebdomadaire avec 2 accessoires : 1204800 ;
- location hebdomadaire avec plus de 2 accessoires : 1210917.

Elle comprend la fourniture de l'appareil et de ses accessoires, la maintenance, la reprise du matériel ainsi que la rémunération correspondant aux manipulations liées à sa délivrance. La tarification se fait avec une dégressivité au-delà de la 52^{ème} semaine. Il existe aussi un forfait de livraison à domicile, inscrit au code 1292105 de la LPP. (Tableau 13)

La location sert plutôt dans les handicaps temporaires, dans l'attente de l'achat d'un fauteuil ou pour les personnes ayant une faible espérance de vie.

Les fauteuils roulants manuels peuvent être pris en charge aussi à l'achat (4118193 ou 4107723 pour ceux à dossier non inclinable) et cette prise en charge est exclusive pour les fauteuils électriques (4130136). Elle intègre les adjonctions au fauteuil et la livraison à domicile.

Tableau 13 : location d'un fauteuil roulant confort dit « gériatrique »

Libellé de la prescription	Codes LPP et Base de remboursement		Forfait de livraison à domicile
	Jusqu'à la 52 ^{ème} semaine	Au-delà de la 52 ^{ème} semaine	
Location hebdomadaire d'un fauteuil roulant avec plus de deux accessoires	1210917	1240976	1292105
	25.51€	15.60€	17.68€

Une demande d'entente préalable (DEP) n'est plus nécessaire pour les fauteuils de base mais elle reste obligatoire dans les cas suivants :

- fauteuils roulants à propulsion par moteur électrique ;
- fauteuils roulants verticalisateurs ;
- fauteuils roulants manuels évolutifs pour jeunes enfants ;
- poussettes multiréglables et évolutives ;
- dispositif de propulsion par moteur électrique ;

- dispositif électrique de verticalisation ;
- dispositif d'assistance électrique à la propulsion ;
- forfait annuel de réparation des composants électriques.

Pour être pris en charge, ces VHP doivent faire l'objet d'un essai effectué par une équipe pluridisciplinaire constituée d'un médecin de médecine physique et de réadaptation, et d'un kinésithérapeute ou d'un ergothérapeute. L'attestation de réalisation de l'essai doit accompagner la DEP. Cet essai est réalisé pour toute première attribution et, en cas de renouvellement, seulement s'il y a changement de type de fauteuil.

Il n'existe pas de délai réglementaire de renouvellement. L'usage est d'en rembourser un tous les 5 ans. Le renouvellement se fait en fonction de l'usure, celle-ci étant très variable selon l'utilisateur, la déficience, les soins donnés au matériel.

La prise en charge des réparations est assurée sur la base de forfaits annuels : il en existe deux pour les fauteuils roulants manuels et trois pour les fauteuils électriques. Cela ne peut être facturé que pour les VHP à l'achat. Dans ce cas, la facturation doit indiquer le code LPP de la réparation effectuée avec sa facture détaillée : le coût de la pièce, de la main d'œuvre, des éventuels déplacements, doivent être joints à la feuille de soins.

E/ Le rôle du pharmacien

La détermination du fauteuil roulant n'est pas un choix facile : de nombreux critères sont à prendre en compte et le pharmacien devrait se rendre au domicile du patient pour évaluer le fauteuil adapté à l'environnement. De même, les aides à la marche nécessitent un endroit adapté où les obstacles sont réduits. Le pharmacien peut contribuer à sécuriser le lieu de vie du patient, en proposant d'autres aides techniques pour faciliter les gestes quotidiens. Il doit pouvoir régler le matériel qu'il délivre : les cannes doivent être ajustées à la taille du patient, les VHP doivent être essayés, les freins doivent être vérifiés. L'entretien régulier du fauteuil est indispensable pour prévenir des complications à type de plaies cutanées (repose-pieds mal fixés, accoudoirs déchirés), d'escarres (toiles de siège et de dossier distendues, repose-pieds trop hauts ou trop bas), de chutes (toiles déchirées, freins inefficaces ou trop durs à manipuler). Il faut signaler aussi que propulser un fauteuil dont les pneumatiques sont dégonflés entraîne une fatigue non négligeable à l'effort. Le pharmacien doit répondre aux inquiétudes de son patient et optimiser le confort et la sécurité du patient.

3-2-3 Les fauteuils [50]

Dans la chambre, il est important de trouver un fauteuil confortable près du lit, dans lequel la personne pourra se reposer. En effet, il est nécessaire d'installer régulièrement le patient au fauteuil, au moins quelques heures par jour. Si le lit est un lieu de repos et de régénération, il devient très vite un lieu de perte des forces physiques et mentales, du fait du laisser-aller et du repli sur soi auxquels il invite.

Les fauteuils les plus perfectionnés, présentent des caractéristiques communes :

- une coque moulée en matériau thermoformable ou en stratifié de polyester ;
- un pied support télescopique avec 5 roulettes pivotantes et un système de frein ;
- une hauteur d'assise et inclinaison du siège réglables ;
- un repose-pied réglable avec des coussins de protection ;
- des cales autoaccrochables ;
- une largeur extérieure adaptée au passage des portes de 70 cm ;
- une disponibilité en une quinzaine de tailles et plusieurs coloris. Les différentes tailles sont fonction de la largeur du bassin et de la taille de la personne.

Certains sont adaptables aux mesures du patient et sont appelés « siège modulable et évolutif » (1269336) tandis que les non-adaptables sont dits « siège coquille » (1283365). Ils peuvent posséder des roues à bandage type VHP pour une utilisation à l'extérieur. Les fauteuils dits « électriques » sont équipés en plus d'un pied support télescopique électrique réglable en hauteur permettant l'assistance à l'inclinaison et au relevage. Celui-ci est livré avec un adaptateur au secteur et une télécommande. Il est conçu essentiellement pour les personnes ne disposant pas d'aidant pour régler le siège.

Les fauteuils gériatriques ont, en plus, plusieurs fonctions modulables selon les besoins du patient : des accoudoirs réglables en hauteur, un dossier en plusieurs éléments réglables, des appuie-tête ou des systèmes de maintien du buste, une planche repose-pieds, une tablette amovible, etc. Certains repose-jambes s'articulent automatiquement en fonction de l'inclinaison, favorisant le bon positionnement du patient. (Figure 24)

Figure 24 : fauteuil gériatrique [50]



Ces fauteuils sont pris en charge à l'achat, exclusivement pour les patients présentant une impossibilité de se maintenir en position assise sans un soutien. Les adjonctions sont à ajouter au prix global. (Tableau 14)

Tableau 14 : Modèle de prise en charge d'un fauteuil gériatrique

Code LPPR	Prise en charge TTC
1283365	Achat siège coquille de série, amovible, modèle avec cales et maintien auto-accrochables
1279027	Achat pied support télescopique avec 5 roulettes pivotantes et système de frein
1201114	Achat repose-pieds réglable avec coussins de protection
1203248	Achat tablette amovible

Les fauteuils de repos, ressemblant plus à du mobilier traditionnel, présentent une grande diversité. Ils peuvent être équipés de roulettes, d'un système d'inclinaison du dossier, d'un repose-jambe ou d'un pouf repose-pieds le cas échéant, de poignées ou de barre de poussée. Ils ne sont pas remboursés.

3-2-4 Les aides aux transferts

Le passage d'une position à une autre ou d'un endroit à un autre est parfois très difficile pour la personne âgée, et même pour le personnel soignant ou l'entourage.

Pour passer de la position assise à la position couchée, la personne âgée a tendance à se laisser tomber lourdement sur le dos en travers du lit, position inconfortable dont elle ne peut souvent se sortir seule. Il faut lui apprendre à déplacer les fesses vers le milieu du lit, puis à basculer sur le côté et à se mettre sur le dos parallèlement au bord du lit, jambes pendantes. Puis, par un mouvement de flexion-abduction de hanche, elle monte la première jambe sur le matelas puis l'autre.

Pour passer de la position assise à la position debout, le patient doit venir se placer au bord du fauteuil, soit en se décollant du siège par une poussée des bras sur les accoudoirs, soit en avançant d'une fesse sur l'autre. Il se penche en avant, puis prend appui sur les membres supérieurs. Pour aider le patient à se pencher suffisamment, on peut lui indiquer qu'il doit être en mesure de voir ses chaussures tout au long de la manœuvre.

Le passage de la position debout à la position assise est moins difficile : la personne doit se mettre dos au fauteuil et s'appuyer sur les accoudoirs pour contrôler la descente.

Bien souvent, le patient ne peut pas effectuer seul ces gestes et, pour alléger les efforts encourus et sécuriser les transferts, des aides techniques ont été développées.

Le souève-malade ou souève-personne est le plus utilisé pour les patients ne pouvant se déplacer et assurer seul ses transferts. Il est composé d'un bras de levage prolongé par un fléau lui-même relié à une potence sur laquelle s'adapte la sangle. Sa base est munie de roulettes facilitant le déplacement même sur les sols moquetés. Le piètement à écartement variable rend aisé l'accès sous un lit ou un fauteuil roulant et le ramassage au sol. Il est équipé d'une batterie à chargeur intégré et d'une télécommande simplifiant ainsi son utilisation (Figure 25). Plusieurs types de sangles s'adaptent au souève-malade :

- la sangle en U ou le hamac : pour des patients ayant besoin d'un soutien important ou pour des personnes de forte corpulence ;
- la sangle universelle avec un dossier et un siège, pour des personnes ayant un bon maintien du tronc.
- la sangle avec têtère : pour des personnes nécessitant un maintien important de la tête.

Figure 25 : souève-malade et ses différentes sangles [51]



Le soulève-malade est pris en charge uniquement à la location (1231782) avec un tarif dégressif au-delà de la 32^{ème} semaine (1278654). Les sangles bénéficient d'une participation à l'achat (1280533).

Moins utilisé, le verticalisateur peut être nécessaire pour maintenir une personne en position debout. Les pieds et les genoux du patient sont calés et le patient est maintenu par un dispositif, puis est placé à la verticale. (Figure 26)

Figure 26 : le verticalisateur [52]

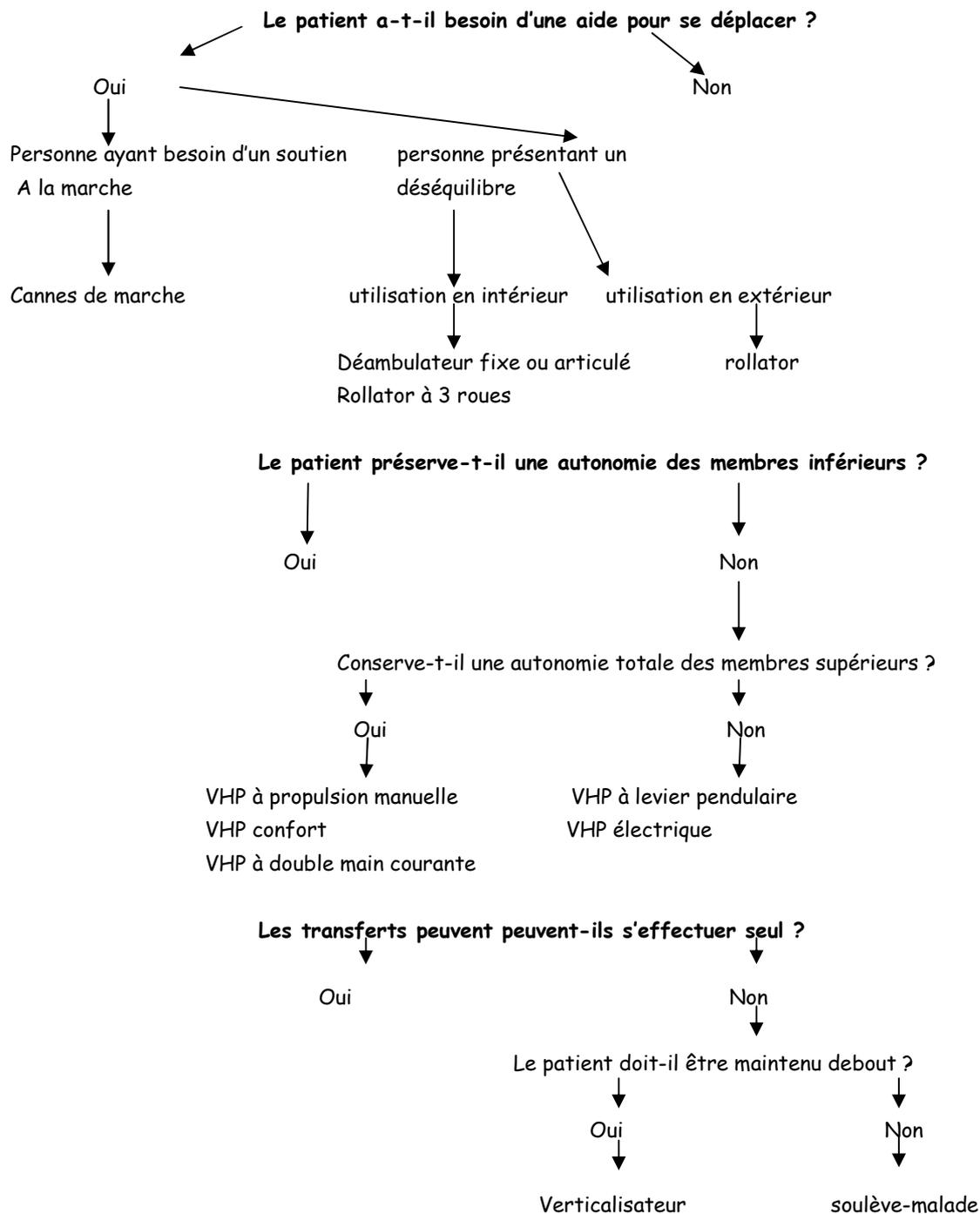


Il possède une prise en charge à l'achat selon le code 1266846 de la LPP.

Enfin, il est important de rappeler que le domicile peut être équipé d'autres aides techniques, non prises en charges, moins encombrantes, pour des personnes conservant une certaine autonomie. Il existe notamment des planches de transfert, des barres d'appui, des barres de relèvement, des rampes d'accès, une plate-forme élévatrice ou un monte-escalier.

3-2-5 Conclusion

Afin de récapituler les différentes aides aux déplacements adaptées aux besoins des patients, j'ai réalisé un arbre décisionnel :



3-3 La prévention des chutes [53-54]

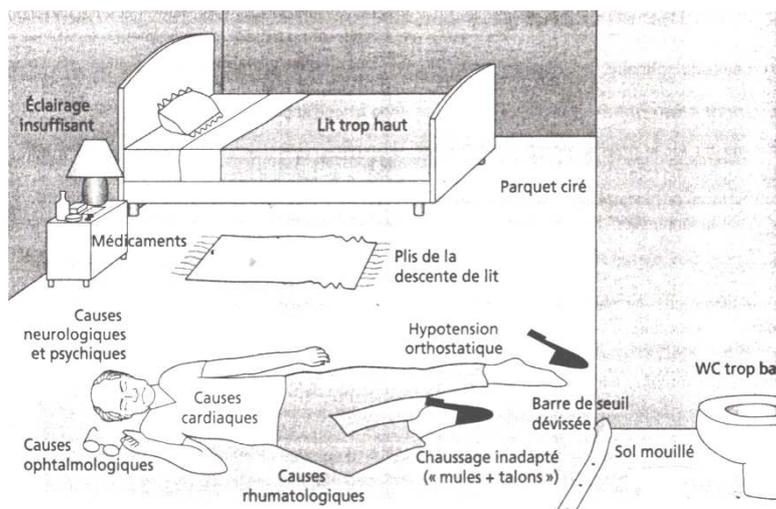
Les chutes chez la personne âgée représentent un évènement grave, non seulement en raison du risque de fracture mais surtout par leurs conséquences à moyen terme sur l'autonomie. Elles sont en effet très fréquemment à l'origine d'une restriction d'activité et de perte d'autonomie avec peur de rechuter, créant un véritable syndrome de l'après chute.

Les chutes sont un véritable problème de santé publique. Leur incidence et leur sévérité augmentent avec l'âge : on estime à 2 millions par an le nombre de sujets de plus de 65 ans qui sont victimes d'une chute, soit 30% de cette classe d'âge. Le risque de complications est significatif : la fracture de l'extrémité supérieure du fémur reste la plus grave avec une mortalité post-fracturaire à 2 ans de 36% chez les femmes et de 48% chez les hommes. Les chutes représentent la cinquième cause de décès chez les sujets âgés et la première cause de décès accidentel, puisque l'on estime qu'elles seraient responsables à court terme de 12 000 décès par an en France. **Quatre chutes sur cinq surviennent à domicile au cours d'activités habituelles.**

De même, l'impact psychologique peut être majeur puisque la chute entraîne perte de confiance en soi et angoisse. La station prolongée au sol semble être l'un des indicateurs de gravité. Le syndrome post-chute se caractérise par une désadaptation psychomotrice par réduction spontanée de l'activité, diminution des capacités fonctionnelles, troubles posturaux et de la marche. La chute résulte le plus souvent de l'action combinée des effets du vieillissement, des pathologies et/ou des médicaments affectant la fonction d'équilibre, et de facteurs environnementaux :

- vestimentaires : chaussures inadaptées, vêtements trop longs ;
- mobiliers : fauteuil, lit trop haut ou trop bas ;
- des obstacles au sol : tapis, fils électriques, carrelage de sol irrégulier ou décollé ;
- des conditions locales dangereuses ou inadaptées : mauvais éclairage, baignoire glissante, sol humide ou glissant, toilettes inadaptées. (Figure 27)

Figure 27 : principales causes des chutes dans une chambre [59]



Toute chute nécessite une prise en charge précoce et globale du patient, à la fois médicale, psychologique, fonctionnelle et sociale. L'interrogatoire est primordial : les causes doivent être traitées et corrigées (correction des troubles de l'acuité visuelle,

arrêt de certains médicaments tels que les psychotropes, prise en charge des affections podologiques,...).

L'utilisation des aides techniques ainsi que l'apprentissage du relever au sol permet de redonner confiance à la personne risquant de tomber.

Le domicile doit être aménagé : il faut éviter les parquets glissants et préférer la moquette qui occasionne le moins de chutes, éviter les descentes de lit et les tapis, préférer les douches aux baignoires, poser des pastilles autocollantes et antidérapantes dans les fonds de baignoire, utiliser des barres d'appui, diminuer les distances, supprimer les étages, les escaliers, les caves ou les greniers, éviter les zones d'ombre en augmentant la puissance des ampoules. Il est conseillé de disposer toujours sur soi d'un téléphone portable ou d'un dispositif télé-alarme dont le sujet âgé pourra se servir quelque soit le lieu où il se trouve en difficulté. Aucun détail ne doit être négligé : choix de la personne appelée en cas de besoin, solutions de suppléance en cas d'absence de celle-ci, mise à disposition de la clé à un voisin susceptible d'intervenir si nécessaire. Des visites régulières à heure fixe peuvent sécuriser la personne âgée chez laquelle les suites directes de la chute seront moins conséquentes sur le plan psychologique.

Outre ces mesures, le rapport de la HAS (11/2005), recommande de prendre en compte trois situations particulières : (Tableau 15)

- chez les personnes âgées de plus de 80 ans, la carence en vitamine D semble fréquente. Pour ce motif, et sans qu'il semble nécessaire de prouver la carence biologique, une supplémentation vitaminique avec au moins 800 UI/j de cholécalférol (ou 100 000 UI tous les 4 mois) semble recommandée.

- chez les personnes à risque élevé de chute, les programmes éducatifs intégrés aux interventions multifactorielles en groupe (prise de conscience du risque et conseils de prévention) augmentent l'efficacité de ces interventions.

- chez les personnes à risque élevé de fracture de hanche, il est recommandé d'utiliser des protecteurs de hanche. Il s'agit de coques semi-rigides en journée et souples pour la nuit, incorporées dans un sous-vêtement en regard des deux hanches, qui agissent par absorption et déviation des forces d'impact, détournant en cas de chute latérale l'impact direct sur le col du fémur vers les tissus et parties molles de voisinage. Le port de ces protecteurs induit une réduction d'environ 50% des fractures de l'extrémité supérieure du fémur. Ces dispositifs étaient remboursés (1125502) chez les personnes de plus de 70 ans vivant en institution publique ou privée, mais leur prise en charge n'est plus assurée depuis février 2008. Cependant, leur achat chez les sujets à risque de chute doit être encouragé, sachant que 2 paires de coques avec 3 sous-vêtements spéciaux coûtent environ 120 euros. (Figure 28)

Figure 28 : protecteur de hanche [55]



Tableau 15 : principales stratégies proposées pour la prévention des chutes et des fractures selon le vieillissement (rapport HAS 2005) [54]

Étapes du vieillissement	Évaluation	Stratégies spécifiques	Stratégies communes à toutes les étapes
Personnes âgées en bon état de santé vivant à domicile	Évaluation de la chute éventuelle et/ou des facteurs de risque de chute (cf. repérage)	<ul style="list-style-type: none"> - Encouragement à poursuivre l'activité physique - Mise en place selon les besoins de programmes de rééducation adaptés 	<ul style="list-style-type: none"> - Correction des déficits neuro-sensoriels - Attention particulière au pied de la personne âgée (chaussage et soins) - Conseils nutritionnels (préventifs), correction des déficits nutritionnels le cas échéant (notamment chez les personnes âgées dépendantes)
Personnes âgées fragiles à domicile ou en institution	Idem + évaluation gériatrique standardisée (MMS, ADL, IADL, statut nutritionnel, troubles de l'équilibre et de la marche) + évaluation de l'habitat	<ul style="list-style-type: none"> - Programmes d'intervention en fonction des résultats, notamment apprentissage du relever - Aménagement de l'habitat (dont la mise en place des systèmes de télé-alarme) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mesures préventives et/ou curatives de l'ostéoporose, dont la supplémentation en vitamine D, surtout chez les personnes confinées à domicile ou en institution - Recherche et correction d'éventuels facteurs de risque iatrogènes, allègements thérapeutiques chaque fois que possible
Personnes âgées dépendantes vivant en institution	Idem + évaluation des polyopathologies	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge des polyopathologies, en particulier des démences de type Alzheimer - Remise en question des contentions éventuelles 	

MMS : Mini Mental Statement ; ADL : Activities of Daily Living ; IADL : Instrumental Activities of Daily Living.

3-4 L'aide à l'hygiène de la personne

La toilette est un geste essentiel de la vie : elle a pour but de conserver la peau en parfait état de propreté et c'est aussi un facteur de bien-être physique et moral. La personne âgée a parfois besoin d'une tierce personne pour effectuer ce geste quotidien : la toilette devient alors un moment privilégié d'échanges et de communication.

Les adaptations du domicile doivent être personnalisées en fonction du type et de l'importance des incapacités, des contraintes environnementales (vétusté de l'habitat,...),

de la disponibilité de moyens humains d'assistance, et surtout des priorités propres à chaque individu.

3-4-1 Les toilettes

L'accès doit être large et la porte facile à ouvrir sur l'extérieur. La surface de la pièce doit permettre de pivoter avec un fauteuil roulant ou d'utiliser convenablement les aides techniques de marche ou de transfert.

Pour favoriser l'autonomie de verticalisation et le maintien de l'équilibre, des barres de maintien peuvent être fixées de chaque côté des toilettes pour aider les personnes à se relever. Il existe aussi des surélévateurs à poser directement sur la cuvette pour les patients ayant des difficultés à s'asseoir. Certains possèdent des accoudoirs relevables pour faciliter et sécuriser les transferts. Ces modèles n'ont pas de prise en charge.

3-4-2 La salle de bains [56]

Prendre un bain ou une douche n'est pas un geste facile dans la vie de la personne âgée. Il faut pouvoir y accéder et les sols glissants augmentent le risque de chute.

Pour la douche, il existe des **tabourets** ou des **chaises** : les pieds sont ajustables en hauteur et équipés de tampons en caoutchouc ou parfois de roulettes. Certains modèles peuvent se fixer directement sur le mur de la douche.

Pour le bain, il existe des **planches de transfert** munies de poignées et d'un revêtement antidérapants, permettant d'accéder à la baignoire par translation. Elles se posent sur les bords de la baignoire et le patient peut ensuite les utiliser comme siège de bain. De même, un siège de bain peut se poser sur le rebord de la baignoire, permettant de ne pas être complètement dans l'eau. Certains modèles sont dotés d'un système de rotation sécurisé facilitant l'installation dans la baignoire ainsi que la sortie.

Dans tous les cas, que ce soit pour une douche ou un bain, il est conseillé de se munir de **tapis antidérapants** à la fois devant la douche ou la baignoire, et à l'intérieur, ainsi que de **barres de maintien**.

Toutes ces aides techniques n'ont pas de prise en charge.

Le lavabo doit avoir les caractéristiques suivantes : accessibilité en position assise pour les personnes confinées au fauteuil, surface suffisante pour pivoter avec une aide technique de marche ou un fauteuil roulant, robinetterie d'utilisation aisée, miroir utilisable assis, aides techniques d'aide à la verticalisation et au maintien ; en cas de participation d'un aidant, il faut veiller à avoir une surface suffisante de chaque côté.

3-4-3 La cuisine [56]

L'espace cuisine doit être adapté aux gênes ou incapacités de la personne. C'est un lieu essentiel à la préparation des repas qui doit être aménagé le mieux possible notamment pour éviter les accidents domestiques. L'environnement sera étudié au cas par cas, tournant autour de la personne âgée, pivot de sa prise en charge globale.

Quelques idées d'aménagement sont à prendre en compte :

- un accès facilitateur à l'espace cuisine : une porte suffisamment large pour un fauteuil roulant ou un déambulateur doit être installée ;
- des points d'appui à différents endroits ;
- une attention particulière aux fils au sol et aux objets instables ;
- réorganiser les emplacements des différents éléments pour limiter les déplacements lors de l'élaboration des repas ;
- l'évier doit permettre un éventuel accès au fauteuil roulant ou l'installation d'une chaise. On privilégiera une robinetterie de type mitigeur plutôt que des robinets, afin de limiter les mouvements de prono-supination des poignets devenant difficiles avec l'âge ;
- éviter les tapis devant l'évier afin de limiter au maximum les risques de chutes ;
- la table doit être proche de l'évier et de la cuisinière et peut être relayée par une desserte roulante stable ;
- on favorisera les ustensiles de cuisine à prise bimanuelle et à poids modéré ;
- le plan de travail pourra être muni d'une barre d'appui sur sa face antérieure ;
- au niveau de la cuisinière, on conseillera plutôt l'électricité avec témoins d'allumage que le gaz, surtout si la personne présente des problèmes olfactifs. Une poignée de préhension multiprise pourra aider à mieux saisir et manœuvrer les boutons. Pour le four, on préférera une porte s'ouvrant latéralement pour faciliter l'accessibilité et on le munira d'une tablette coulissante à sa partie inférieure pour les plats chauds ;
- les surfaces de rangement doivent être à portée de main et peu profondes pour éviter à la personne âgée de trop se baisser ;
- les angles des meubles de rangement peuvent être arrondis ;
- plusieurs aides techniques existent : ouvre-boîte mural, l'épluche-légume clipé sur le plan de travail, la planche pour préparation culinaire,...

Ainsi, il est important de commencer par la sécurisation, les points d'appui et le réagencement de la cuisine. Par la suite, on pourra proposer de plus gros équipements (ascenseur d'étagères, systèmes élévateurs de plan de travail,...) tout en sachant que le problème du coût se pose et que cela peut au départ bousculer le cadre de vie et les habitudes antérieures de la personne.

4- Conclusion

La prise en charge du patient à domicile doit être avant tout globale en considérant chaque pièce de l'habitat et en les aménageant individuellement selon les besoins et le handicap de la personne.

Ensuite, il faudra prendre en compte une prise en charge plus spécifique selon la ou les pathologies de la personne âgée avec un type de matériel et des solutions plus adaptées. C'est ce que nous verrons dans le chapitre suivant.

Chapitre 5 :
Cas particuliers dans la prise en
charge de la personne âgée à
domicile

1- L'incontinence urinaire

1-1 Définition et généralités [57-58]

D'après l'International Continence Society (ICS), l'incontinence est « une affection qui se traduit par la perte manifeste et involontaire d'urine et/ou de matières fécales, et qui conduit à des problèmes sociaux et/ou hygiéniques ».

En 2006, la France compte plus de 4 300 000 personnes souffrant d'incontinence, soit 7% de sa population totale. Les femmes sont le plus souvent touchées : on estime à 1,5 million celles de 25 à 35 ans et à une femme de plus de 60 ans sur quatre. 15% de la population incontinente masculine a plus de 60 ans.

La fréquence du symptôme augmente avec le vieillissement : 10% des sujets après 70 ans ont une incontinence urinaire contre 25% après 85 ans. L'incontinence du sujet âgé n'est pas une maladie mais un symptôme résultant de plusieurs facteurs diversement associés entre eux :

- le vieillissement physiologique ;
- les troubles psychiques ;
- la polyopathie ;
- les facteurs socio-environnementaux.

Outre le coût financier de l'incontinence (une personne âgée peut dépenser à domicile plus de 762€/an en protections non remboursées), il existe un réel coût psychologique et moral : l'entrave sociale et professionnelle s'intensifie progressivement, les relations sociales se raréfient, l'autonomie personnelle se réduit. Des difficultés dans les relations avec la famille et les patients apparaissent : l'intimité de la personne est touchée, c'est le stade où l'infirmité est prise en charge par des tiers et non plus par le malade lui-même. Les possibilités de tolérance du milieu familial sont parfois limitées et l'institutionnalisation de la personne est souvent la seule solution lorsque l'incontinence est permanente.

1-2 Physiopathologie

L'appareil vésico-sphinctérien se compose de plusieurs éléments essentiels :

- les reins qui élaborent l'urine ;
- la vessie constituée d'un muscle lisse dans sa partie haute (le détrusor) et d'un muscle à sa base (le trigone) : elle a un rôle de réservoir et de vidange ;
- l'urètre qui conduit l'urine à l'extérieur ;
- le col vésical qui s'ouvre ou se ferme selon la phase du cycle mictionnel ;
- deux sphincters : un lisse dont la commande est involontaire et un strié dont la commande est volontaire ;

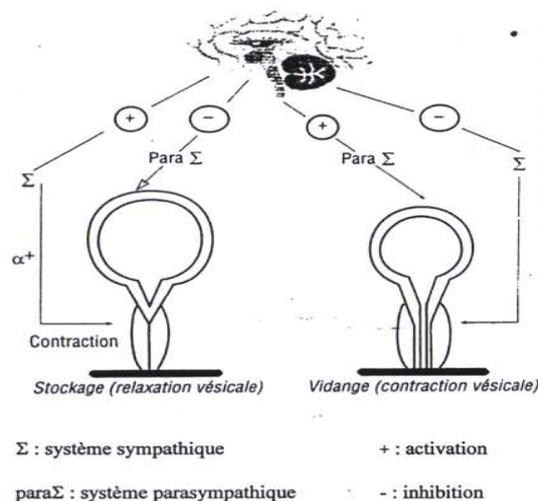
- un système de soutien ligamentaire et musculaire.

L'innervation de la vessie fait intervenir le système sympathique, le parasympathique et le somatique.

Durant la phase de remplissage, les fibres sympathiques interviennent et stimulent les fibres musculaires lisses du col de la vessie et de l'urètre pour maintenir le col fermé et permettre ainsi son remplissage. Le système parasympathique est quant à lui inhibé.

Lorsque la vessie atteint un certain niveau de remplissage, des récepteurs vésicaux envoient des messages au cortex qui peut soit continuer d'inhiber plus longtemps la contraction en activant le sphincter, soit relaxer le sphincter et autoriser la miction : dans ce cas, le parasympathique est activé entraînant la contraction du détrusor, tandis que le sympathique est inhibé de façon réflexe ouvrant les sphincters. (Figure 29)

Figure 29 : contrôle automatique de la fonction vésico-sphinctérienne [59]



Le vieillissement physiologique entraîne un certain nombre de modifications :

- ✓ **Au niveau de la vessie et des sphincters** : la raréfaction des fibres musculaires, l'augmentation des fibres de collagène et des cellules graisseuses entraînent une perte d'élasticité et de contractilité vésicale. Les sphincters et le périnée perdent de leur tonus.

Chez la femme : la carence oestrogénique lors de la ménopause entraîne une atrophie des tissus de la vessie, de l'urètre, du vagin ainsi qu'une diminution de la résistance et de l'élasticité des tissus musculaires.

Chez l'homme : l'hypertrophie de la prostate peut masquer l'incontinence, entraînant une atrophie du sphincter strié.

- ✓ **Au niveau du contrôle nerveux de la vessie** : il est moins efficace et la sensation de besoin se fait sentir plus tardivement.
- ✓ **Au niveau du rythme nyctéméral de production des urines** : chez le sujet jeune, l'urine est formée et éliminée essentiellement dans la journée alors que le sujet âgé urine plus et davantage durant la nuit que le jour (1/3 le jour et 2/3 la nuit). Il existe, en effet, une inversion physiologique du cycle nyctéméral de la sécrétion de l'ADH. Ceci est encore plus marqué chez le sujet dément.

1-3 Les différents types d'incontinence et leurs étiologies

- ✓ **Incontinence urinaire par instabilité vésicale** : c'est le mécanisme le plus fréquemment en cause chez la personne âgée. Elle est caractérisée par des contractions involontaires, inopinées et anarchiques de la vessie qui ne sont pas inhibées par la commande centrale. La personne ressent alors un besoin urgent d'uriner, intense voire douloureux. Les causes sont multiples : infections urinaires basses ou hautes, inflammations, réduction de la capacité vésicale par des fécalomes (fréquent chez la personne âgée) ou des tumeurs, obstacles mictionnels tels que l'adénome prostatique chez l'homme, une sclérose urétrale chez la femme âgée, entraînée par une carence oestrogénique et par des infections urinaires récidivantes. Il ne faut pas oublier les causes neurologiques : toute pathologie portant atteinte à la voie de contrôle neurologique de la vessie est source d'impériosités (AVC, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, lésion médullaire,...).
- ✓ **Incontinence par regorgement** : c'est le 2^{ème} mécanisme le plus fréquent chez la personne âgée. La vessie se vide mal et incomplètement, il existe un résidu post-mictionnel : la pression intravésicale est donc constamment plus élevée et la vidange ne s'effectue que par trop plein. Le patient a des envies fréquentes d'uriner suivies de faibles jets d'urine puis des gouttes retardataires. Elle est plus fréquente chez l'homme et s'observe souvent en cas d'adénome ou de cancer de la prostate. Chez la femme, cela peut s'observer en cas d'obstacle urétral fonctionnel ou organique.
- ✓ **Incontinence urinaire d'effort** : elle se présente comme une fuite involontaire d'urine, sans envie d'uriner, déclenchée par une augmentation de la pression abdominale à l'occasion d'un effort soudain. La perte d'urine est inopinée, brève, concomitante avec l'effort et cesse avec celui-ci. La femme est le plus souvent

touchée : les traumatismes obstétricaux, les grossesses, la ménopause, fragilisent le périnée. Chez l'homme, ce type d'incontinence existe surtout chez les patients ayant subi des interventions traumatisantes pour le bas appareil urinaire : intervention sur la prostate pour adénome ou cancer, intervention sur sclérose du col.

- ✓ **Incontinence fonctionnelle** : c'est ce que l'on appelle aussi « fausse incontinence ». Le patient est en fait la victime de conditions de vie qui ne lui permettent pas de vider sa vessie dans l'endroit adéquat. Ceci est la conséquence de lieux inadaptés : difficulté d'accès aux toilettes, toilettes mal indiquées, mauvais éclairage, lit trop haut, usage intempestif des barrières de lit, sonnette inaccessible, logement inadapté. Les causes peuvent aussi être comportementales : réaction spécifique à des problèmes psychologiques ou à des conflits familiaux, anxiété, dépression. Ceci est particulièrement rencontré en gériatrie.

Chez le sujet âgé, l'association de plusieurs mécanismes est fréquente.

1-4 Méthodes thérapeutiques dans le cadre du MAD

⇒ Résultats de l'enquête

Lorsque j'ai questionné les pharmaciens sur les produits les plus vendus en officine, j'ai pu remarquer que les produits pour incontinence arrivaient en 2^{ème} position, après le matériel concernant la mobilité. A l'unanimité, les protections représentent le produit le plus demandé à l'officine. Le fauteuil garde-robe arrive en 2^{ème} position, suivi des étuis péniens puis des sondes vésicales.

En approfondissant sur les protections, la majorité des officinaux estiment que les changes complets et les slips absorbants dominent largement les demandes. Seulement 2 pharmaciens vendent en plus grand nombre les protections anatomiques.

⇒ Conduite à tenir :

L'incontinence représente un marché à prendre pour l'officinal, qui doit connaître les aides matérielles et humaines disponibles.

Afin d'attribuer le matériel le mieux adapté au patient, il faut recueillir un certain nombre de données sur la personne incontinente. Ceci est une tâche complexe puisque la majorité nie leur problème par pudeur ou par honte.

On s'appuiera sur plusieurs éléments :

- ✓ Le mode de vie : le patient vit-il seul ? a-t-il des aides ?

- ✓ Le lieu de vie : distance de la chambre aux WC, toilettes à l'étage, utilisation d'un fauteuil garde-robe,...
- ✓ Les antécédents : médicaux, chirurgicaux, obstétricaux.
- ✓ Le niveau d'autonomie psychique : mémoire, orientation, jugement, praxies.
- ✓ Le caractère des troubles urinaires : on s'intéresse au nombre de mictions, aux horaires (diurnes ou nocturnes), à la cause de la fuite (toilettes trop éloignées, la personne n'a pas ressenti le besoin,...), à la présence de douleurs sus-pubiennes ou urétrales,...

La prise en charge de l'incontinence nécessite la mise en place d'aides matérielles adaptées mais aussi d'aménagements corrects des toilettes et d'une architecture adaptée.

1-4-1 Aides matérielles [60-61]

Pour enrayer essentiellement l'incontinence par instabilité vésicale, il est conseillé d'abandonner les toilettes lointaines au profit d'une **chaise garde-robe** rapidement accessible au patient, car située près du lit. Appelée aussi chaise percée, fauteuil garde-robe ou encore Montauban, elle présente une assise comportant un seau pour le recueil des urines ou des matières fécales, recouverte d'un coussin facilement détachable pour faciliter le nettoyage. Divers modèles existent, certains sont fixes, d'autres à roulettes : dans ce cas, la chaise comporte quatre roulettes dont deux avec freins ainsi qu'une barre repose-pieds réglable et amovible, et une barre à pousser. Les accoudoirs peuvent être escamotables. Certains modèles sont pliants pour faciliter le transport. (Figure 30)

Pour les personnes de grande taille ou de forte corpulence, un modèle existe avec une plus grande largeur entre les accoudoirs.

Ces modèles répondent au code 1243302 de la LPP et sont pris en charge à l'achat. La location n'est pas prise en charge et déconseillée pour des raisons d'hygiène.

Figure 30: chaise percée [62]



Pour les patients restant alités mais gardant une autonomie mictionnelle, il existe des **urinaux**. Ce sont des réservoirs en plastique le plus souvent, gradués, comportant une surface plane destinée à être posée sur le lit. Il existe un modèle pour homme appelé aussi « pistolet » et un modèle pour femme comportant un bec plus large. Ce système permet un bon contrôle de la diurèse et évite le port de protections. Cependant, un des inconvénients est la possibilité de renversement des urines. Pour y remédier, il existe un urinal doté d'un bouchon vissé et d'un système anti-reflux pour une plus grande sécurité. (Figure 31)

Figure 31 : urinal URSEC [63]



Autour du lit, il existe des **bassins de lit** permettant le recueil des urines et des selles. Ils peuvent être en acier ou encore en polypropylène et sont munis d'une large poignée. Pour plus de sécurité, certains possèdent un couvercle. Les urinaux et les bassins de lit ne sont pas remboursés.

A/ Appareillage de drainage passif

➤ **L'étui pénien :**

Il se présente comme un préservatif se terminant par un cône de raccord disponible en plusieurs tailles, fonction du diamètre à la base de la verge (Figure 32). Le diamètre de la verge peut être mesuré par le médecin ou l'infirmière, voire par le patient, grâce à une règle, fournie par certains laboratoires.

Il existe aussi des modèles pour verge rétractée plus adaptés à l'homme âgé.

L'étui pénien peut être en latex, en silicone ou à base d'élastomère pour les patients allergiques. Il est le plus souvent auto-adhésif ou à joint de fixation et est relié à une poche collectrice d'urine par l'intermédiaire d'une tubulure.

La poche collectrice est différente selon son utilisation, de jour ou de nuit : les poches de jour ont une contenance de 500 à 1000 ml, alors que les poches de nuit ont une contenance de 1,5 à 2L. Elles sont graduées et vidangeables. Le patient peut placer la poche au mollet ou à la cuisse par l'intermédiaire d'un filet tubulaire de jambe extensible

ou par des attaches type Velcro (Figure 33). Pour la nuit, il existe des porte-poche permettant d'attacher la poche au lit.

Figure 32: étuis péniers [64]



Figure 33 : filet de maintien [65]



L'étui pénien ainsi que les poches doivent être changés tous les jours, au moment de la toilette quotidienne.

Quelques conseils sont à respecter lors de la pose de l'étui pénien : [64]

- avant la pose, il est important de réaliser une toilette et un séchage rigoureux ;
- il faut dérouler l'étui sur le pénis en veillant à laisser un espace d'environ 2 cm entre le gland et le fond de l'étui qui servira de réservoir en cas de flot d'urine ;
- raccorder l'embout de la poche à l'étui pénien ;
- lors de la première utilisation, il est impératif de vérifier régulièrement si l'étui n'exerce pas de constriction ou de pression et de surveiller la survenue de toute irritation cutanée ;
- chez les patients gardant de temps à autre une miction normale, il est plus simple de retirer la poche de l'étui pénien plutôt que de l'enlever à chaque fois.

L'étui pénien possède une bonne tolérance et évite les problèmes de macération, cependant il est nécessaire que le patient possède une certaine dextérité et une acuité visuelle : il est donc d'usage assez restreint chez le patient âgé, d'autant plus chez le patient dément ou désorienté qui ne pourra pas le poser ou le retirer lui-même.

➤ **Le collecteur d'urine :**

Commercialisé par le laboratoire Hollister/in Care, il est constitué d'un anneau protecteur cutané que l'on colle au niveau des organes génitaux et d'une poche collectrice avec robinet de vidange. Ce système est réservé à la femme incontinente alitée et constitue une alternative au sondage à demeure. Il se vend par boîte de 10 sachets individuels contenant un collecteur, un tube de pâte, un film protecteur, quatre

bandes de sparadrap microporeux. Ce produit n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale. (Figure 34)

Figure 34 : collecteur d'urine [66]



➤ **L'obturateur urétral : [67]**

Il s'agit d'un petit cylindre terminé par un ballon qui se remplit naturellement d'air afin d'empêcher la miction. Au moment d'uriner, il faut tirer sur la cordelette pour libérer l'air du ballon. (Figure 35)

On distingue :

- les obturateurs à usage unique (VIVA®, RELIANCE®) : le degré de satisfaction est proche de 75% mais ils sont de coût élevé et réservés aux incontinences urinaires féminines d'effort légères à modérées. Le nombre moyen d'obturateurs utilisés par jour est de 5, sachant qu'un obturateur ne doit pas être laissé plus de 3h et ne doit pas être porté la nuit. Il faudra s'assurer au préalable des capacités de manipulation de la personne et de son aptitude à supporter un certain inconfort.

- l'obturateur changé tous les mois : il est muni d'une turbine à commande magnétique permettant une vidange mécanique de la vessie. Ceci permet d'éviter les fuites tout en permettant une vidange complète de la vessie. Il est indiqué surtout dans l'insuffisance sphinctérienne et la rétention chronique. Il est cependant très peu utilisé en raison notamment du risque de complications (infections, irritations de la vessie, difficultés de manipulation de la valve,....).

Les obturateurs ne sont pas remboursés.

Figure 35 : obturateur urétral [64]



B/ Appareillage de drainage actif [31-68-69]

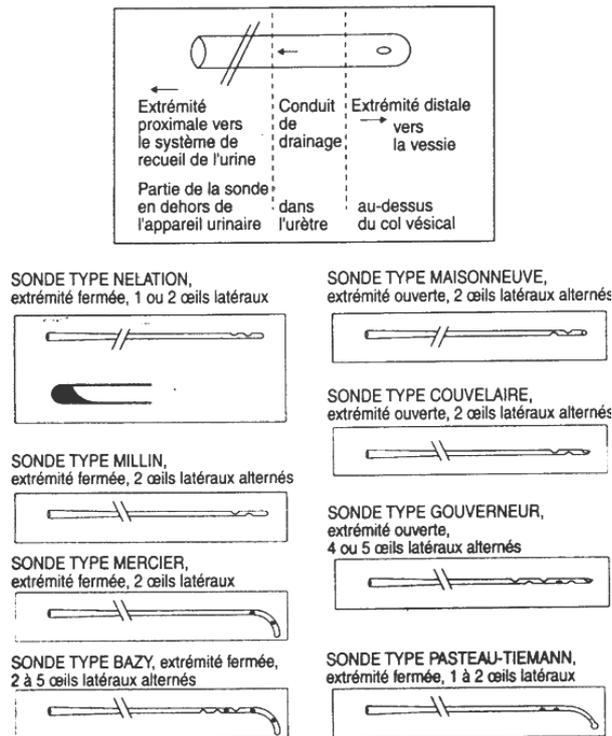
➤ **Les sondes :**

Les sondes vésicales sont des appareils tubulaires creux destinés à être introduits dans la vessie en passant par l'urètre. Elles concernent essentiellement les incontinences par regorgement ou les rétentions chroniques. (Figure 36)

Les sondes diffèrent par :

- **Leur diamètre :** il est exprimé en charrière (1 CH= 1/3 de mm); les charrières les plus courantes allant de 12 à 18 CH pour les hommes et de 8 à 14 CH pour les femmes ; la couleur du godet de la sonde permet de repérer facilement la charrière grâce à un code couleur défini ;
- **Leur extrémité proximale :** droite ou en forme de godet, permettant de relier la sonde à différents dispositifs (poches, seringue,..) ;
- **Leur extrémité distale :** une grande variété existe ; les sondes droites sont les plus utilisées actuellement, chez l'homme, comme chez la femme.
- **Leur matériau :** actuellement, les sondes sont le plus souvent en PVC, certaines peuvent être en téflon, en polyuréthane ou en silicone, tandis que le latex est de moins en moins utilisé en raison des problèmes d'allergie.
- **Leur système de fixation :**
 - ❖ Sans système de fixation : pour un usage ponctuel, lors d'une rétention aigue.
 - ❖ Avec un système de fixation : utilisée lors d'une rétention chronique ou en 2^{nde} intention lors d'incontinence forte nécessitant un drainage permanent.
Ce sont les sondes de Foley. Elles sont constituées d'un tube creux avec un canal central pour le drainage urinaire et un canal latéral pour le gonflage du ballonnet se terminant par une valve anti-retour à raccord type Luer qui assure l'étanchéité. Leur fixation est possible grâce à un ballon gonflé à l'intérieur de la vessie avec de l'eau distillée stérile ou du sérum physiologique. Les sondes à 3 voies comportent un 3^{ème} canal permettant une irrigation continue de la vessie. Elles sont en latex ou en silicone. Certaines sont constituées à 100% de silicone, permettant une meilleure tolérance mais existent uniquement en longueur de 40 cm.

Figure 36 : Les différents types de sonde [31]



Il existe différents types de sondage :

- Le sondage à demeure : il permet un drainage continu de la vessie mais présente de fréquentes complications. Il est indiqué chez la personne âgée en cas de rétention chronique, **lorsqu'aucune autre alternative n'est envisageable**. On utilise pour ce faire les sondes de Foley. La pose de la sonde est un acte médical qui peut être réalisé à domicile par une infirmière toutes les 2 à 3 semaines.
- Le sondage intermittent : il doit être réalisé en général 4 à 7 fois par jour ce qui permet de réduire le risque de complications et de préserver les fonctions de la vessie. Ces sondages sont peu pratiqués par les personnes âgées car ils réclament une habileté manuelle, une bonne vue, la conservation des capacités mentales et exposent le patient à des complications traumatiques. Il est plutôt réservé aux blessés médullaires.

Les étuis péniers, les sondes vésicales et les poches collectrices sont classés comme dispositifs médicaux marqués CE. Leur taux de TVA est de 5,5% et ils sont pris en charge par la Sécurité Sociale dès lors qu'il y a une ordonnance. Les médecins et depuis peu les infirmiers sont habilités à prescrire ces dispositifs. (Annexe 4)

C/ Le matériel absorbant [70]

Que ce soit pour une incontinence nouvellement installée, pour une incontinence avec des fuites importantes ou encore pour une personne alitée, l'emploi de matériel absorbant est très fréquent. Le but est de permettre une mise aux toilettes rapide quand c'est indiqué tout en préservant la dignité du patient.

Ces produits absorbants sont constitués d'une couche de non-tissé hydrophobe sur la face interne au contact de la peau pour éviter la macération, d'un matelas absorbant constitué de cellulose qui capte le liquide, et d'une face arrière de polyéthylène imperméable qui assure l'étanchéité. Ils peuvent présenter aussi des bandes adhésives sensibles à la pression et repositionnables, des attaches velcro, des barrières anti-fuites au niveau des jambes et sont parfois constitués de capteurs d'odeurs ou de témoins d'humidité.

Différents types de produits existent selon :

- le degré d'autonomie mictionnelle et de mobilité ;
- le volume, la fréquence et la répartition des fuites urinaires pendant la journée et/ou la nuit ;
- la corpulence de la personne.

On distingue :

- les coquilles : pour une **incontinence légère** (écoulement par gouttes). Elles sont destinées aux hommes et s'adaptent par leur forme à leur anatomie et peuvent englober ou non le scrotum.

Ex : Molimed for men active (*Hartmann*)

Tena for men (*Tena*)

- les protections droites : pour une **incontinence légère**. Ce sont des produits de 1^{ère} génération, utilisés chez l'homme et la femme. Elles sont de petite taille, et se posent directement à l'intérieur du sous-vêtement.

Ex : Molinea pads (*Hartmann*)

Tena Lady (*Tena*)

- les protections anatomiques : pour une **incontinence moyenne** (écoulement par gouttes ou en jet inférieur à 200mL), elles épousent les formes du corps.

Ex : Tena Comfort (elle peut se porter à la fois chez l'homme et la femme, mais dans ce cas la partie la plus large se place à l'avant chez l'homme et en arrière chez la femme, et se porte avec un slip de maintien)

Confiance Secure (*Hartmann*)

Elles sont faciles à mettre et à enlever ; on les réserve donc aux personnes pour lesquelles il persiste une autonomie mictionnelle.

- les changes complets : pour une **incontinence modérée à sévère** (capacité d'absorption jusqu'à 2000mL, la vessie se vide brusquement). Ils sont surtout destinés aux personnes grabataires, alitées. Ils possèdent des adhésifs repositionnables et un indicateur d'humidité. Il existe différentes tailles déterminées par le tour de hanche de la personne. Des ceintures permettant d'être mises et défaites autant de fois que la personne le désire facilitent les manipulations par les soignants lors du changement de protections chez un patient alité.

Ex: Tena Slip (extra, small, medium) (*Tena*) Tena Flex (avec ceinture)
Molicare (extra, small, medium, large, extra large) (*Hartmann*)

- les slips absorbants: pour une **incontinence modérée à sévère**. Ce sont des culottes fermées par des systèmes de type velcro ou non. Le grand problème est la macération avec le risque d'irritation cutanée. Ils s'enfilent et se retirent comme une culotte ordinaire, permettant aux personnes de mieux assumer leur incontinence et de diminuer l'impact psychologique.

Ex : Tena Expert Pants (*Tena*)
Molicare Mobile (*Hartmann*)
Confiance slip (*Hartmann*)

Il existe également des systèmes de soutien tels que les slips de maintien (permettant un maintien de la protection près du corps comme par exemple Tena Fix en coton ou en maille ou Molipants de chez *Hartmann*.)

Pour la nuit, on utilisera des protections avec un degré d'absorption plus élevé.

Des alèses et des protège matelas existent également notamment pour les états grabataires mais aussi parfois comme simple protection : ils sont constitués d'une couche de fluff et d'une feuille de polyéthylène et se posent directement sur l'alèse du lit. Celles qui sont imperméables et réutilisables (protège-matelas) ont une prise en charge dans la LPPR selon le code 1207453.

Toutes ces protections existent en différents modèles suivant le volume d'urine écoulé (normal, super, maxi...) et ne sont pas remboursées. Cependant, l'APA peut proposer, sur justificatifs, un financement pour les personnes de plus de 60 ans. Ceci permettrait de réduire de 30 à 50% le coût du budget d'un patient incontinent.

Dans d'autres pays européens, il existe toutefois une couverture sociale permettant de financer les protections et le taux de TVA appliqué sur les protections est de 5,5%

alors qu'il est de 19,6% en France. Depuis plusieurs années, l'AAPI réclame un changement de ce taux : la dernière réponse en date du 15 janvier 2004 du Ministère de l'Economie des Finances et de l'Industrie n'annonce aucune modification dans ce domaine. En avril 2007, le rapport sur l'incontinence urinaire en France remis au ministre de la Santé par le professeur François Haab [71] annonçait une meilleure prise en charge de l'incontinence : le remboursement des « dispositifs palliatifs » devrait être amélioré et les infirmières seraient habilitées à les prescrire : il n'en est rien à ce jour.

Avec un marché de 230 millions d'euros pour le matériel absorbant, il serait judicieux que dans l'avenir la France se place au niveau des autres pays. Ceci permettrait en effet de réduire le panier moyen d'une personne incontinente qui s'élève entre 30 et 150€/mois selon le type d'incontinence, le prix moyen pour un paquet de 30 protections étant de 10€.

Afin de récapituler les diverses protections existantes sur le marché, j'ai réalisé un arbre décisionnel visant à aider le conseil du pharmacien. (Figure 37)

Figure 37 : les protections adaptées selon le type d'incontinence et l'état de santé du patient

— : volume des fuites

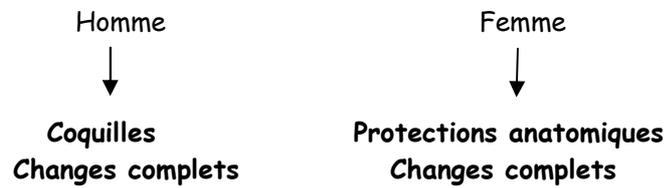
— : autonomie de la personne

Incontinence légère :

Personne mobile :

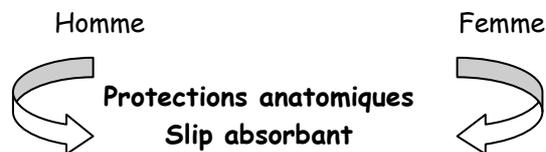


Personnes à mobilité réduite ou non mobile :



Incontinence modérée :

Personnes mobiles :

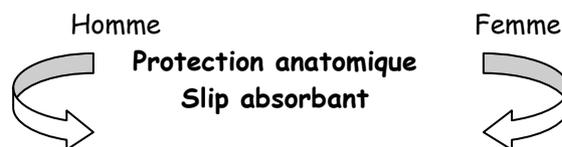


Personnes à mobilité réduite :

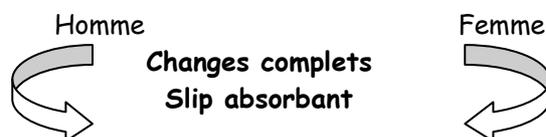


Incontinence forte :

Personnes mobiles :



Personnes à mobilité réduite :



Actuellement, les changes complets sont utilisés trop souvent, ils ne doivent l'être que chez des patients grabataires, difficiles à mobiliser, et lorsque la rééducation ou la mise aux toilettes est impossible.

Les changes anatomiques ou les slips absorbants devraient être plus employés puisqu'ils permettent une rééducation comportementale mictionnelle chez des patients souffrant d'une forte incontinence mais avec une autonomie conservée.

1-4-2 Aides humaines et sociales [72]

Même si l'incontinence n'est pas une maladie, la personne souffre : elle voit une réduction de son activité et se sent dévalorisée. Elle s'exclut du groupe social et souvent déprime. A un stade plus avancé, apparaissent des difficultés dans les relations avec la famille et les soignants.

La toilette locale, le nettoyage des vêtements, de la literie, des sols, constituent autant de tâches et de travaux sans cesse recommencés, ce qui peut lasser l'entourage.

La situation est loin d'être facile, pourtant l'aide professionnelle ou familiale joue un rôle déterminant. Elle ne doit pas brusquer le patient mais trouver des solutions adaptées. Il faut obtenir de la personne qu'elle s'habille de façon à pouvoir sortir à n'importe quel moment et recevoir dignement des visiteurs. Cependant, le linge doit être adapté à l'incontinence et aux handicaps moteurs. Les vêtements doivent être commodes, faciles à défaire, à remonter et à laver. Les protections pour incontinence ne doivent pas être utilisées sans raison valable car elles peuvent devenir une incitation à l'incontinence. Dans tous les cas, même pour une forte incontinence, il est important que l'entourage ou le personnel soignant accompagne le patient aux toilettes ou sur la chaise percée au moins une fois par jour, pour essayer de conserver un réflexe mictionnel.

L'aménagement de l'environnement et l'accessibilité aux toilettes doivent être adaptés : suppression des obstacles, éclairage adéquat, barres d'appui, rehausse WC, canne, déambulateur,...

Si la charge devient trop importante pour l'entourage, avant de se tourner vers l'institutionnalisation, il est préférable de contacter des associations comme l'AAPI : elle regroupe des professionnels de santé qui élaborent des guides pédagogiques, des fiches techniques sur les différentes solutions existantes, des congrès et manifestations ainsi qu'une permanence téléphonique pour soutenir les personnes incontinentes et leurs familles et répondre à leurs questions. (www.aapi.asso.fr)

1-4-3 La rééducation

A/ La rééducation comportementale

Elle se pose sur la réalisation d'un calendrier mictionnel qui consiste à noter chaque jour, durant 2 ou 3 jours consécutifs, les horaires et quantités des mictions, éventuellement le nombre et le type de protections utilisées, les prises et la nature des boissons, ainsi que les horaires et les circonstances des fuites. On déterminera ensuite le temps écoulé entre chaque miction impérieuse. Le but est de retrouver une fréquence mictionnelle la plus proche de la normale, c'est-à-dire 5 à 7 mictions par jour et 0 ou 1 miction par nuit. Elle est basée sur deux méthodes :

- Les mictions programmées : le médecin, en collaboration avec le patient, va déterminer un plan horaire de miction : le patient devra prévenir les fuites en urinant de manière répétée et à heures fixes en fonction de son rythme d'élimination.
- L'entraînement vésical : le patient va apprendre à garder son calme lorsque l'urgence se fait sentir en la maîtrisant par la contraction des muscles du plancher pelvien. Ceci va permettre d'augmenter progressivement les intervalles entre deux mictions et donc la capacité vésicale.

La rééducation comportementale paraît adaptée à la prise en charge de l'incontinence urinaire des personnes âgées et s'avère nécessaire en première intention. Elle a notamment une efficacité intéressante dans le traitement de l'hyperactivité vésicale avec 80,7% de réduction des fuites par rapport à un groupe contrôle (39,4% de réduction). Cependant, il est nécessaire que les personnes suivant ce calendrier mictionnel soient en parfait état psychique et physique. Il est particulièrement déconseillé chez les patients souffrant de troubles démentiels. Une solution intermédiaire est de le faire remplir par la famille ou par le personnel soignant.

B/ La rééducation périnéale à domicile

La rééducation périnéale s'adresse aux incontinenances féminines, essentiellement l'incontinence d'effort et par impériosité. Elle vise à diminuer la fréquence et l'importance des fuites involontaires d'urine. [73]

Cette méthode est basée sur l'utilisation des capacités du courant électrique à améliorer certaines fonctions biophysiques des fibres musculaires.

Depuis septembre 2007, la rééducation périnéale est possible à domicile avec la sonde KEAT®, disponible en officine. Elle est très peu utilisée chez la personne âgée. En effet, une étude réalisée un an après la mise sur le marché de ce dispositif, a montré

que 85% des utilisatrices ont moins de 50 ans, ceci en raison de la manipulation de la sonde nécessitant la conservation de toutes les capacités physiques et intellectuelles de la patiente. [74]

Ce dispositif médical de classe IIA est remboursé par la Sécurité Sociale à 65% sur prescription médicale.

1-5 Rôles du pharmacien [75]

Actuellement, on observe une stagnation des ventes de protections à l'officine au profit de la grande distribution, en raison essentiellement de l'anonymat préservé lors d'un achat en grande surface. Cependant, l'incontinence relève du domaine de la santé qui appelle les conseils d'un professionnel tel que le pharmacien. De plus, elle nécessite un véritable suivi du patient puisqu'elle évolue dans le temps selon une pathologie ou l'avancée en âge.

Pour assurer au mieux son rôle, le pharmacien doit disposer de plusieurs atouts au sein de son officine.

L'officinal doit aborder le sujet des fuites urinaires dans un espace de confidentialité : le but étant de mettre la personne à l'aise afin qu'elle puisse se confier et accepter au mieux les conseils que nous pouvons lui donner (*Seulement 3 pharmaciens, que j'ai interrogés, sur 20 reçoivent leurs patients dans un espace de confidentialité*). Il devra dédramatiser l'incontinence, faire savoir les progrès thérapeutiques dans ce domaine et rassurer son patient. De plus, il est important de choisir ses mots : il est inutile de trop répéter les termes « incontinences » et « fuites urinaires » et parler plutôt de « faiblesse urinaire ». De même, mieux vaut parler de « protections » que de « couches ».

La prise en charge thérapeutique commence toujours par des règles hygiéno-diététiques. La modification de certaines habitudes et conditions de vie ont démontré un effet positif sur l'incontinence : les boissons irritantes comme le café ; le thé, l'alcool doivent être proscrites ; le volume quotidien de boissons ne doit pas être réduit comme le font spontanément certaines personnes âgées, il faudra juste conseiller de boire moins à partir de 18h pour réduire le nombre de mictions nocturnes ; aller aux toilettes régulièrement même lorsque le besoin ne se fait pas sentir ; lutter contre la constipation par une alimentation riche en fibres et une activité physique régulière ; avoir une hygiène rigoureuse notamment dans le cas de port de protections afin d'éviter des irritations et infections cutanées.

En écoutant et en posant des questions avec discrétion, le pharmacien doit estimer le mécanisme et l'importance des fuites urinaires, leur fréquence, leur moment de survenue et leur impact sur la vie sociale et familiale. Il pourra ainsi déterminer l'appareillage adapté au handicap de la personne.

Etant donné qu'il n'est pas aisé pour le pharmacien de trouver d'emblée la protection adaptée à son patient, il est nécessaire de disposer d'un large échantillonnage et d'une documentation adéquate à distribuer au patient, afin qu'il puisse trouver la meilleure réponse à son incontinence.

A ce titre, l'officinal doit disposer d'un certain stock de qualité et de quantité suffisante. Toutefois, ceci nécessite une zone de stockage importante : il est donc important de faire un tri, en veillant à ce que chaque type d'incontinence possède une réponse adaptée et que la clientèle régulière trouve ses produits habituels.

Un effort devra être fait sur les prix pour véhiculer une image de marque positive de l'officine et pour faire face à la concurrence des grandes surfaces.

Quelques recommandations pratiques seront données au moment de la délivrance :

- le nombre de changes doit être normalement de quatre par jour,
- il est nécessaire de changer régulièrement la protection pour éviter la macération,
- l'essuyage des organes génitaux et du pli interfessier doit être soigneux,
- une crème protectrice peut être appliquée pour protéger la peau,
- la protection se glisse d'avant en arrière, sur une peau propre et sèche,
- les bords doivent être souples au niveau des cuisses, pour ne pas cisailer la peau.

Une fois le choix de protections effectué et pour assurer la discrétion jusqu'au bout, il faut veiller à détenir des sacs suffisamment grands et opaques de façon à faciliter le transport par le patient, sans qu'il soit vu de tous.

De plus, un service de livraison à domicile pourrait être mis en place pour les personnes à mobilité réduite.

Si ce n'est pas encore fait, encourager les patients à aller consulter s'avère essentiel, en insistant sur le fait que de nombreuses solutions existent, tant médicamenteuses que chirurgicales.

En ce qui concerne le matériel non absorbant, le pharmacien devra être attentif à la prescription.

L'ordonnance d'une sonde devra comporter :

- le nom technique de la sonde (type et forme)
- le numéro charrière
- la matière de fabrication
- le nombre, le renouvellement ou la durée du traitement.

Celle d'un étui pénien précisera :

- le type
- la taille
- le joint

- le raccord
- les poches de jour et de nuit
- la quantité pour le mois.

Dans le cas contraire, il sera nécessaire de se renseigner auprès du prescripteur. Il est judicieux, dans le cas d'un client régulier, de noter les références exactes de la sonde dans l'historique du patient et de l'avoir toujours en stock.

Il faudra bien sur rappeler son mode d'emploi et sa procédure de mise en place.

Actuellement, le circuit GMS assure 80% des ventes du marché en volume. Dans ce contexte, l'officine a cependant une carte maîtresse à jouer dans une problématique qui reste fortement liée à la santé. Au pharmacien de mettre en place ses atouts !

1-6 Conclusion

Afin de récapituler les différentes solutions apportées aux personnes âgées incontinentes, j'ai réalisé un tableau en tenant compte à la fois du type d'incontinence et de l'état de la personne. (Tableau 16)

Tableau 16 : prise en charge de la personne âgée incontinente

	Incontinence Par instabilité vésicale	Incontinence d'effort	Incontinence par regorgement	Incontinence fonctionnelle
Personnes âgées conservant leurs capacités physiques et mentales	-protections (slip absorbant+) -chaise garde- robe -étui pénien (homme)	-protections (slip absorbant+) -chaise garde-robe -étui pénien (homme) -obturateur urétral (femme)	-protections (slip absorbant+) -chaise garde-robe -étui pénien (homme) -sondes (homme ou femme)	-protections (slip absorbant+) -chaise garde-robe -vêtements adéquats, faciles à déboutonner -aménagement du logement (toilettes faciles d'accès, barres d'appui...)
Personnes âgées alitées, conservant une autonomie mictionnelle	-urinal -bassin de lit -étui pénien (homme) -protections (changes complets+)	-urinal -bassin de lit -obturateur urétral (femme) -protections (changes complets+)	-urinal -bassin de lit -étui pénien (homme) -protections (changes complets+)	-urinal -bassin de lit -étui pénien (homme) - protections (changes complets+) -vêtements adéquats, faciles à déboutonner
Personnes âgées avec perte des fonctions physiques et/ou psychiques	-chaise garde-robe -protections (slips absorbants ou changes complets+)	-chaise garde-robe -protections (slips absorbants ou changes complets+)	-chaise garde-robe -protections (slips absorbants ou changes complets+)	-chaise garde-robe -protections (slips absorbants ou changes complets+) -vêtements adéquats, faciles à déboutonner -aménagement du logement (toilettes faciles d'accès, barres d'appui...)

Ainsi, toute personne âgée présentant une incontinence urinaire occasionnelle ou chronique doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge adaptée et personnalisée. Les moyens utilisés dépendent de l'étiologie, du mécanisme, du patient et de son environnement. Aucune possibilité thérapeutique (traitement médicamenteux, rééducation, chirurgie) ne doit être écartée en raison de l'âge : chaque indication doit être pesée et les contre-indications respectées.

2-La maladie d'Alzheimer et les états démentiels

2-1 Définition et généralités

La démence est définie comme une diminution progressive et irréversible des fonctions supérieures, liée à une atteinte cérébrale organique et limitant les capacités sociales d'une personne. Elle s'oppose aux altérations congénitales comme la débilité, et aux déficits transitoires comme les états confusionnels.

Les critères de démence de la classification des maladies mentales (DSM-IV) font l'objet d'un consensus international :

- diminution des capacités intellectuelles ;
- troubles de la mémoire ;
- au moins une des manifestations suivantes :
 - aphasie ;
 - apraxie ;
 - agnosie ;
 - perturbation des fonctions exécutives.
- ces perturbations retentissent sur la vie sociale ou professionnelle ;
- elles doivent être observées en dehors d'un épisode de confusion mentale.

L'ensemble des états démentiels touche 15 à 20% de la population âgée de 75 ans et plus. La prévalence augmente avec l'âge puisqu'elle est de 2 à 3% pour les personnes de moins de 70 ans et de 47% pour celles de 90 ans et plus. La majorité vit avec sa famille : 45% avec un conjoint, 23% avec leurs enfants. 20% vivent seules et 12% en institution. [76]

Parmi les démences, la maladie d'Alzheimer est la plus souvent rencontrée. En effet, elle affecte 5 à 7% de la population de plus de 65 ans et 25% des plus de 85 ans, soit une personne sur quatre. Actuellement, 860 000 personnes sont atteintes de la maladie et, compte tenu du vieillissement de la population, il est prévu que le nombre de malades double en 2020 et triple en 2050 !

Selon l'OMS, elle se définit comme « une maladie cérébrale dégénérative primaire, d'étiologie inconnue et qui présente des altérations neuropathologiques et neurochimiques caractéristiques. Elle commence, en général, de façon insidieuse et lente et évolue progressivement pendant plusieurs années. »

La maladie passe par plusieurs phases :

- **phase de début** : défaut de mémorisation des informations nouvelles, diminution d'intérêt pour ce qui l'entoure, difficulté pour des gestes usuels,...

- **phase d'état** : plusieurs mois, voire plusieurs années après, d'autres troubles apparaissent. La personne ne se souvient plus de faits anciens, l'orientation dans le temps puis dans l'espace est difficile, le syndrome aphasie-apraxie-agnosie apparaît, des difficultés retentissent sur la vie quotidienne avec des troubles du jugement et du raisonnement (gestion impossible de l'argent, traversée des rues dangereuse,...), le patient présente des troubles de la coordination et une diminution de la déambulation au fur et à mesure de l'évolution.

- **phase terminale** : les signes s'accroissent et les patients deviennent dépendants. D'ailleurs, la maladie d'Alzheimer est la première cause de dépendance chez les sujets âgés.

Si l'ensemble des signes existent chez tous les patients, le poids des symptômes et le degré d'évolution font que les personnes atteintes sont très différentes entre elles et que la prise en charge ne sera donc pas toujours identique.

2-2 Physiopathologie

Dans la maladie d'Alzheimer, on observe plusieurs lésions :

- des pertes neuronales diffuses au niveau des régions temporales, pariétales et frontales provoquant une atrophie cérébrale ;
- des plaques séniles : extracellulaires et interneuronales, constituées de peptide amyloïde qui est neurotoxique ;
- des agrégats de protéines tau hyperphosphorylées entraînant une dégénérescence neurofibrillaire ;
- des modifications des systèmes de neurotransmission : le déficit du système cholinergique est précoce et entraîne une baisse de l'activité de l'enzyme de synthèse de l'acétylcholine. On observe aussi une diminution en adrénaline, sérotonine et dopamine.

Les causes sont encore inconnues malgré l'effort de très nombreuses équipes de recherche. Néanmoins, il existe un certain nombre de facteurs de risque :

- des facteurs génétiques :
 - Les formes génétiques : elles sont rares (1 à 2% des cas) et surviennent surtout chez les sujets de moins de 65 ans. Elles correspondent à des mutations portant sur des gènes situés sur trois chromosomes différents, codant des protéines qui interviennent dans le métabolisme du peptide amyloïde. La transmission étant autosomale dominante, le porteur de cette mutation transmettra la maladie à un enfant sur deux, quelque soit son sexe.
 - Les facteurs de risque génétiques : la présence d'une copie particulière du gène codant l'Apolipoprotéine E, appelée E4 multiplierait par 3 le risque d'être atteint de la maladie tandis que la présence de deux copies le multiplie par 10.
- des facteurs liés au terrain et à l'environnement :
 - L'âge : la fréquence de la maladie double tous les 5 ans.

- Le sexe : les femmes sont les plus touchées. Leur espérance de vie est plus grande mais des facteurs hormonaux peuvent être aussi incriminés.
- Les œstrogènes : l'étude WHI (Women Health Initiative) réalisée pour évaluer l'impact du traitement hormonal substitutif sur les fonctions cognitives chez la femme ménopausée, a mis en évidence une augmentation du risque de démence. Les résultats sont les suivants : 23 cas de démence pour 1000 femmes traitées avec une association oestro-progestative pendant un an par rapport à 1000 femmes non traitées. [77]
- Les lésions vasculaires cérébrales : pour une même quantité de plaques séniles, il a été démontré que les déficits cognitifs et la restriction de l'autonomie apparaissent beaucoup plus tôt chez des patients présentant ces lésions. [78]
- Les toxiques : certaines études épidémiologiques suggèrent une relation entre la fréquence de la maladie et la teneur en aluminium de l'eau de boisson. Cependant, personne n'a pu démontrer que ces dépôts d'aluminosilicates étaient une conséquence, ni même une cause de la maladie. De plus, le tabagisme représente un facteur de risque important de la maladie d'Alzheimer.

2-3 Comment reconnaître le patient atteint de la maladie d'Alzheimer ?

A l'officine, il est important de repérer les premiers signes de la maladie afin d'orienter le patient au plus vite vers un diagnostic médical. Tout changement d'attitude du patient doit être pris en compte : réponses aux questions moins cohérentes, incompréhension du traitement, repli du patient sur lui-même, désorientation, difficultés à rendre la monnaie ou à remplir un chèque.

Face à toute plainte mnésique émanant du patient, le pharmacien doit savoir faire la différence entre de simples troubles de la mémoire et la maladie d'Alzheimer.

L'interrogatoire est primordial pour connaître les antécédents personnels et familiaux, les facteurs de risque éventuels, les traitements en cours, le mode d'installation du syndrome démentiel (une apparition brutale des troubles fera évoquer un trouble vasculaire). Il est indispensable de pouvoir interroger un accompagnant, de préférence un proche ou un membre de la famille, qui puisse corroborer ou infirmer les dires du patient. En effet, de nombreux patients considèrent être encore totalement autonomes alors qu'ils ont abandonné un certain nombre d'activités. [79]

Devant toute suspicion de la maladie, le pharmacien orientera son patient vers un médecin ou un centre de diagnostic spécialisé. En Meurthe et Moselle, il en existe un au CHU de Nancy, au centre hospitalier de Saint-Nicolas de Port, à Mont-Saint-Martin, Joeuf et Briey. Le médecin réalisera alors différents tests pour évaluer le fonctionnement cognitif : le Mini Mental State (MMS), le test des cinq mots, le Set Test d'Isaacs ; l'évaluation des praxies et de l'autonomie par différentes échelles (ADL ou IADL) sera aussi de mise. (Voir Annexe) [80]

Tout ceci fournira une aide au diagnostic mais aucune indication sur le type de démence : des examens biologiques pour éliminer une affection médicale, puis l'imagerie médicale (IRM essentiellement) permettront davantage d'orienter le diagnostic vers la maladie d'Alzheimer. [81]

2-4 Méthodes thérapeutiques dans le cadre du MAD

⇒ Résultats de l'enquête

Lorsque j'ai demandé aux pharmaciens s'ils avaient déjà été sollicités pour l'aménagement du domicile d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer, 15 d'entre eux ont répondu par la négation.

J'ai ensuite approfondi en leur demandant ce qui était important, selon eux, pour organiser le domicile d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer : 10 d'entre eux ont répondu qu'ils n'en n'avaient aucune idée et que « c'est intéressant justement d'aborder la question ».

5 pharmaciens ont parlé du lit Alzheimer, tandis que les autres ont insisté sur l'intérêt d'un pilulier, d'une téléalarme, d'un fauteuil garde-robe et l'utilisation en cuisine de plaques électriques.

2 pharmaciens trouvent qu'il est important de ranger tout au même endroit et un autre a insisté sur le fait qu'il faut une présence permanente à la maison.

⇒ Conduite à tenir :

La maladie d'Alzheimer est une affection évoluant sur plusieurs années. Le patient demeure donc longtemps à la maison et une surveillance continue devient indispensable. Les besoins physiques et psychologiques de la personne demandent du temps et de la patience, car les troubles de la personnalité rendent les choses difficiles, avec des risques de fugues, d'accidents, de crises d'anxiété, d'agressivité ou d'hallucinations. Le logement doit être aménagé progressivement selon la perte des fonctions cognitives et motrices de la personne âgée.

2-4-1 L'aménagement du domicile [82]

Il doit répondre à trois objectifs :

- la protection : les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer présentent des troubles visuels et de la coordination des mouvements. L'usage de certains objets peut devenir dangereux, les chutes sont plus fréquentes et certains endroits comme les escaliers deviennent des zones à risque. La personne doit se sentir en sécurité dans son habitat.

- la simplicité : le patient est souvent désorienté et distrait par de nombreux stimuli. Il est important d'aménager le logement le plus simplement possible afin de rendre la vie peu déroutante et décourageante pour le malade.

- la stabilité : les modifications de l'habitat doivent se faire progressivement au fur et à mesure de l'évolution de la maladie. Il faudra avancer en veillant aux capacités d'intégration du malade.

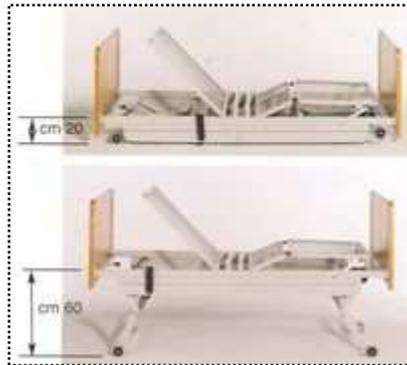
 Aménager les zones à risque :

La chambre : elle doit être l'objet d'un examen attentif et nécessite de nombreuses modifications répondant à un but de sécurité et de bien-être. Il est nécessaire de simplifier l'ameublement pour laisser la place au malade de se promener sans buter dans des obstacles et sans renverser les objets. Par contre, il est conseillé de laisser les photos lui rappelant les moments agréables de sa vie.

La lampe de chevet doit être fixée ou remplacée par une lampe murale afin que le patient puisse l'allumer sans la faire tomber. Une veilleuse peut aussi être installée, ce qui permettra au malade désorienté de diminuer sa peur s'il se réveille la nuit.

Il existe sur le marché un lit médicalisé adapté : ces lits « Alzheimer » présentent un positionnement bas (20cm), ce qui permet la prise en charge des risques de chutes. Il facilite aussi le travail du personnel soignant qui peut travailler à hauteur voulue. Ce lit comporte une hauteur variable et un relève-buste électriques, un relève-jambe manuel ainsi qu'une télécommande avec clé pour inhibition des fonctions électriques. Le but est de faire en sorte que le patient puisse dormir sans barrière afin de ne pas les escalader et d'éviter ainsi les chutes nocturnes parfois sévères. Depuis la nouvelle LPP des lits parue en novembre 2009, le lit Alzheimer possède une prise en charge à l'achat selon le code 1235662 et une autre à la location selon le code 1241763, comme pour les lits standards. (Figure 38) [50]

Figure 38 : lit Alzheimer [83]



La descente de lit doit être enlevée ou fixée au sol.

La cuisine : les adaptations citées dans le chapitre précédent sont à prendre en compte. De plus, la personne atteinte de troubles de la mémoire oubliera facilement que le gaz est allumé. Il faudra alors limiter l'amplitude d'arrivée de gaz ou remplacer le gaz par une cuisinière électrique avec des plaques protégées. Il est conseillé de mettre un chauffe-eau électrique afin d'éviter le danger d'asphyxie ou d'explosion par contact tardif d'une allumette avec le gaz. Par ailleurs, à un stade avancé de la maladie, éviter la vaisselle à décorations s'avère nécessaire : le patient peut ne pas les reconnaître en tant que tel et s'évertuer à vouloir retirer ce qu'il considère comme une tache ou un aliment qu'il n'arrive pas à attraper. Choisir une vaisselle neutre, incassable est préférable.

Les produits détergents, produits vaisselle seront placés sous clé.

Enfin, le réfrigérateur doit être contrôlé : le malade a tendance à l'ouvrir et à manger sans faim les aliments qu'il contient. La pose d'un système de fermeture peut être une solution lorsque l'aidant est absent.

La salle de bains : là encore, les barres d'appui, les tapis antidérapants et les chaises de douche sont de mise.

Pour en faciliter l'utilisation, les objets nécessaires à la toilette doivent être réduits au minimum : une serviette, un savon, une brosse à dents, un tube de dentifrice. Les autres objets seront remis au patient au moment de leur utilisation : shampoing, rasoir (électrique de préférence),... . Ils doivent être remis à la même place pour que le malade puisse les trouver de façon quasi-automatique et les remettre en place.

L'armoire à pharmacie doit être vidée de tous les médicaments, alcool, eau oxygénée,...

Enfin, si les toilettes se trouvent dans la salle de bains, l'installation d'une veilleuse est indispensable.

Les toilettes : du fait des troubles de la mémoire, certains malades reviennent à une réalité ancienne où il n'y avait pas de toilettes dans leur maison. Elles s'orientent alors plus facilement vers une chaise percée.

Les couloirs : il faut faciliter les passages en enlevant les obstacles. L'aidant pourra examiner le parcours pratiqué quotidiennement par le malade et le flécher avec des bandes lumineuses.

Les escaliers : un bon éclairage avec des rampes de chaque côté est nécessaire. A un stade plus avancé de la maladie, il est conseillé de mettre une barrière en haut et en bas des escaliers ainsi que des bandes adhésives antidérapantes sur le bord des marches.

Les fenêtres : il faut vérifier les fermetures. Il existe des systèmes de protection d'ouverture.

Les portes : l'errance est un symptôme fréquent de la maladie d'Alzheimer. Il vaut mieux supprimer les serrures des portes internes à la maison, afin d'éviter que le patient s'enferme malencontreusement. Il faut veiller à ce que les serrures des portes donnant sur l'extérieur de la maison soient en bon état.

Les prises électriques : il est conseillé de se procurer des cache-prises.

Les radiateurs : ils sont à pourvoir d'une grille de protection ou d'un petit meuble devant afin que le malade ne se brûle pas.

Les extérieurs : il faut penser à sécuriser l'accès avec des allées bien dégagées, sans laisser traîner d'outils et en veillant à ce que les barrières et les portes soient en bon état. Il faut faire aussi attention aux plantes toxiques.

✚ Pallier les déficits intellectuels : [84]

▪ Installation de repères temporels :

Il faut installer au moins une pendule facile à lire.

Un calendrier peut être aussi mis à disposition du patient.

Si les troubles sont importants, des emplois du temps précisant l'horaire des activités journalières peuvent devenir nécessaires.

- Installation de repères spatiaux :

Comme nous l'avons vu précédemment, le domicile ne doit pas être totalement chamboulé et la disposition du mobilier trop modifiée pour que le malade garde un maximum de repères.

Des logos sur les portes, des bandes lumineuses, des couleurs vives, des veilleuses, peuvent être placées pour que le patient reconnaisse les différentes pièces de la maison, mais il est nécessaire de ne pas tomber dans l'excès pour préserver ses initiatives.

- Mise en place de stimuli :

Pour faire face à la progression des déficits intellectuels du patient, il est important de stimuler ses sens :

- *stimuli visuels*: plantes d'extérieur à entretenir, couleurs à effets stimulants utilisées dans des éléments de décoration ;

- *stimuli auditifs*: horloge à carillon, diffusion de musique programmée à certains moments de la journée ;

- *stimuli affectifs*: objets familiers, photographies.

En conclusion, l'aménagement de la maison a pour but d'offrir une réponse architecturale à un malade en fonction de la tolérance et du degré d'autonomie. Il doit rester évolutif afin de retarder le plus longtemps possible l'institutionnalisation.

2-4-2 Conseils pour la vie quotidienne [85-86]

- La toilette et l'hygiène personnelle

Avec l'évolution de la maladie, le patient marque de moins en moins d'intérêt pour se laver, d'autant que les difficultés pour qu'il puisse le faire vont s'accroître. Le rôle de l'aidant est alors fondamental : il doit conserver la dignité et l'estime personnelle du malade et prévenir l'apparition d'infections qui peuvent avoir un retentissement grave sur sa santé.

Afin de conserver les repères du patient, la toilette doit se faire toujours dans la même pièce, à la même heure, en suivant les séquences dans le même ordre.

L'aidant devra guider la personne, l'encourager et profiter de la toilette pour stimuler ses capacités manuelles et entretenir la mémoire des gestes quotidiens. Il est nécessaire d'accorder beaucoup de temps au patient et ne surtout pas le bousculer.

- L'habillement

S'habiller est un acte complexe comportant des séquences précises et nécessitant :

- Une planification de ce que l'on va faire dans la journée,
- Une évaluation du temps qu'il fera,

- Une sélection des vêtements variable selon les saisons, le moment de la journée, le temps,...
- Une gestuelle précise pour boutonner un habit ou ouvrir-fermer une fermeture éclair.

Toutes ces séquences peuvent être modifiées chez le patient atteint de la maladie d'Alzheimer. Pour faire face aux difficultés rencontrées, plusieurs règles s'imposent :

- sélectionner les vêtements avec la personne et aménager le rangement en ne rendant accessible que les habits de saison,
- guider les choix mais respecter l'avis de la personne,
- éliminer tout ce qui est difficile à mettre ou à enfiler et préférer les vêtements qui s'attachent par devant, avec des boutons pression ou une fermeture Velcro,
- éliminer les chaussures et pantoufles à risque de chute, préférer celles avec une semelle antiglisse et les chaussures de sport se fermant par un Velcro.

▪ L'alimentation

Une perte de poids progressive associée à une fonte préférentielle de la masse grasse est observée chez une grande majorité des malades, en particulier au stade évolué du processus démentiel. Certains pensent que la dépense énergétique occasionnée au cours de périodes d'agitation ou de stress pourrait entraîner une diminution du poids. D'autres études penchent pour une théorie plus pharmacologique : une baisse de sécrétion du neuropeptide Y a été retrouvée chez certains malades ; elle serait responsable d'une diminution de l'appétence. Aucune explication satisfaisante ne permet réellement d'expliquer ce phénomène.

Cependant, plusieurs facteurs entrent en jeu dans la maladie d'Alzheimer :

- le manque d'appétit,
- l'oubli progressif de l'utilisation correcte des couverts,
- la difficulté à avaler,
- le refus de s'alimenter.

Il est important de respecter les repas selon une routine établie et de ne pas forcer le malade. L'alimentation doit être équilibrée et fonction des goûts antérieurs du patient.

Le malade peut être associé à la préparation du repas pour le distraire, stimuler ses fonctions intellectuelles mais aussi pour entraîner sa mémoire. La table doit être adaptée au handicap du malade pour faciliter son alimentation et la place respectée pour éviter de le désorienter. Si la dénutrition protéino-énergétique est trop importante, une complémentation nutritionnelle par voie orale ou entérale peut s'avérer nécessaire, c'est ce que nous détaillons par la suite.

- Le sommeil

Les difficultés d'endormissement peuvent être dues à plusieurs facteurs :

- le malade n'est pas fatigué car son niveau quotidien d'activités n'est pas suffisant ;

- l'angoisse et l'anxiété ;

- quelque chose gêne le patient mais il ne peut l'exprimer.

Il est important d'aider le malade à pratiquer des activités telles que la marche. Il faudra vérifier que rien ne rende le sommeil inconfortable.

- Les activités [87]

Elles ont pour but de distraire le malade mais elles permettent aussi :

- de stimuler l'activité mentale et/ou physique ;

- de maintenir les éléments centraux d'identité ;

- d'offrir une vie aussi normale que possible ;

- de valoriser l'être humain.

Il faut veiller à trouver des activités selon l'état physique et psychique du patient et selon ses goûts.

La peinture, le collage, le modelage, la musique, sont autant d'activités pouvant être réalisées avec un proche et permettant de stimuler les fonctions cognitives de la personne âgée.

La présence d'un animal domestique est aussi recommandée par certains médecins : l'animal donne des repères à la personne qui produit des actions s'inscrivant dans une mémoire de gestes acquis de longue date, comme brosser, nourrir ou caresser, gestes qui demeurent accessibles à des stades avancés de la maladie. Le regard de l'animal est important : il focalise l'attention des personnes et les rend vigilantes et attentives, ce qui renforce leur concentration. Sortir avec son animal donne aussi un but aux promenades, qui sont l'occasion de stimulations telles que regarder, sentir, écouter, toucher,...

Il est donc indispensable de considérer le malade comme un individu à part entière et de conserver avant tout ses goûts, ses habitudes et son environnement afin de garder au maximum ses repères.

2-4-3 Plan Alzheimer et rôle du pharmacien [88-89-90]

La commission présidée par le Pr Joël Ménard a remis le 8 novembre 2007, au président de la République, son rapport sur les propositions relatives au plan Alzheimer 2008-2012. Dans ce rapport, plusieurs items concernent notre profession :

- Nécessité d'une formation des pharmaciens aux techniques de communication et d'information sur la maladie d'Alzheimer. Cette action pourrait être menée grâce à la contribution de l'Académie nationale de pharmacie et du Cespharm.
- Optimiser le diagnostic de la maladie. Pour cela, un guide d'entretien permettant aux pharmaciens d'entrer en contact avec le patient présentant des signes cliniques, doit être mis à disposition.
- Elaboration et diffusion de programmes d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles sur le thème du bon usage du médicament, incluant les psychotropes, chez les sujets âgés.
- Renforcer la coordination entre intervenants médicaux et médico-sociaux, et offrir une réponse personnalisée et évolutive aux patients et à leur famille.
- Permettre aux malades et à leurs proches de choisir le maintien à domicile.
- Renforcement du soutien à domicile en favorisant l'intervention d'équipes spécialisées : assistants en gérontologie, psychomotriciens ou ergothérapeutes qui améliorent la prise en charge des patients, leur qualité de vie et celle de l'entourage.

Pour répondre à ces propositions, le Cespharm a envisagé un plan d'action que les pharmaciens pourraient mettre en œuvre :

- Distribution de fiches techniques faisant le point sur la maladie et sur les rôles du pharmacien et du biologiste. Ces fiches sont disponibles sur le site internet de l'Ordre des pharmaciens et, depuis fin 2008, sur le site du Cespharm.
- Elaboration d'outils d'information du public : affiches, brochures d'information, doivent être mises à disposition du patient.
- Recherche de moyens d'interventions au niveau :
 - *de la prévention* : le pharmacien doit informer le patient des facteurs de risque de la maladie (hypertension, hypercholestérolémie,...)
 - *des traitements* : le pharmacien doit être informé des effets indésirables des médicaments et des risques liés aux associations médicamenteuses pour renseigner le patient et les aidants. L'apport du Dossier pharmaceutique est utile pour conseiller à la fois le malade et son médecin traitant.
 - *de l'aide médico-sociale* : l'officinal doit être informé des possibilités qui s'offrent aux patients atteints de la maladie, mais surtout à leur entourage, des divers organismes de prise en charge partielle ou totale du malade.
- Abord du patient et des aidants à l'officine : dans le rapport du Plan Alzheimer, quatre rôles ont été attribués au pharmacien : Ecouter, Rassurer, Orienter, Soutenir. Un guide d'entretien peut être proposé aux pharmaciens qui souhaitent s'engager dans la

lutte contre la maladie d'Alzheimer. Il permettrait de se faire une première idée sur le diagnostic et d'orienter le patient vers le médecin.

- Constitution de réseaux locaux d'aide aux malades et à leurs proches : le Cespharm préconise la formation de « Collectifs d'aide personnalisée en santé », les CAPS, regroupant des professionnels de santé, médico-sociaux, des associations de patients,...

- Evaluation de l'efficacité des actions entreprises : le Haut Comité de la Formation pharmaceutique continue a montré son efficacité dans la labellisation des formations. Le Cespharm est prêt à participer à cette labellisation compte tenu du nombre de plus en plus important de demandes qui lui parviennent.

- Financement des actions : le Cespharm compte solliciter l'aide d'organismes comme l'INPES, France Alzheimer, les compagnies d'assurance,... pour assurer la diffusion des documents ou brochures d'information. Nicolas Sarkozy a annoncé, lors de ce plan, que la franchise de 0,50€ par boîte de médicaments servira, en partie, à financer la recherche et les moyens d'action contre la maladie d'Alzheimer.

Le rôle du pharmacien d'officine est aussi de conseiller à la famille de s'orienter vers une association, comme l'Association France Alzheimer, qui permet de répondre à l'angoisse du patient et de sa famille et qui distribue des brochures à leur intention. Elle apporte beaucoup de conseils qui facilitent le maintien à domicile du malade.

En Lorraine, on trouve l'Association Alzheimer Moselle Est :

Association Alzheimer Moselle Est

49, rue Uberhern

57 490 L'Hôpital

Tél : 03.87.93.07.07

A Nancy, l'association "Alzheimer 54" permet d'accueillir les familles et les aidants pour échanger et partager leurs expériences. Elle oriente également vers les aides matérielles et financières nécessaires.

Alzheimer 54

38, rue de Dieuze

54000 Nancy.

Tél : 03.83.36.65.60

Au comptoir, quelques gestes simples permettent de stimuler les fonctions cognitives du patient :

- Lui faire évoquer des évènements importants de sa vie personnelle (enfance, scolarité, mariage,...)
- Lui demander la date du jour, les activités prévues pour la journée. On peut lui expliquer les horaires de prise des médicaments et lui demander de les répéter.
- Communiquer avec lui : après les troubles de la mémoire, les troubles du langage représentent les symptômes cognitifs les plus importants de la maladie. Les patients, quelque soit leur état, demeurent très sensibles à la dimension affective et à la qualité du climat environnant. Il est inutile de recourir aux mots enfantins ou aux phrases trop simplifiées car il est essentiel de respecter la dignité du patient. Le pharmacien ne doit pas hésiter à se mettre en relation avec son patient en lui demandant par exemple comment se déroule son traitement, s'il connaît la posologie. Il faut alors laisser le temps au malade de s'exprimer, ne pas l'interrompre et utiliser la communication non verbale si nécessaire.
- Renforcer la valeur de l'argent en lui faisant reconnaître les pièces et les billets en comparant leurs valeurs (avec le prix du pain, d'un timbre,...).

2-5 Conclusion

Ainsi, compte tenu de l'expansion de la maladie d'Alzheimer, le combat contre la maladie et la prise en charge de la dépendance qu'elle entraîne, est devenu un objectif politique, aussi bien sur le plan national qu'europpéen. Le pharmacien doit participer à la réalisation de ces mesures s'avérant prioritaires pour l'amélioration de la qualité de vie des malades et des aidants.

3- La maladie de Parkinson

3-1 Définition et généralités

La maladie de Parkinson a été décrite pour la première fois en 1817 par Sir James Parkinson. C'est une affection dégénérative des voies nigro-striées.

En France, on compte entre 100 et 125 000 malades. Cela fait de cette pathologie la maladie neurodégénérative la plus fréquente après la démence de type Alzheimer.

L'incidence annuelle de la maladie est estimée à 10 à 20/100 000 habitants, ce qui représente environ 6000 nouveaux cas français par an. La prévalence augmente fortement avec l'âge : 0,16% dans la population générale, 1,5% après 65 ans et 3,5% après 85 ans. L'âge moyen de début se situe entre 55 et 65 ans, mais il existe des

formes précoces qui débutent aux alentours de 40 ans et des formes tardives commençant après 75 ans. [91]

La maladie de Parkinson se caractérise par la « triade parkinsonienne » : [92]

- **l'akinésie** : c'est le signe principal mais le moins connu. Elle se présente sous la forme d'un retard au démarrage et à l'exécution des mouvements, pouvant aller jusqu'à une diminution de la mobilité. Les mouvements d'accompagnement des mains se font rares, la coordination de plusieurs gestes est difficile. Ainsi, des gestes simples comme lacer ses chaussures, se boutonner, faire son nœud de cravate, chercher de la monnaie dans son portefeuille s'avèrent périlleux. Les gestes sont plus lents, les pas raccourcis. L'écriture aussi est altérée : les mots sont plus petits.

- **la rigidité** : il s'agit d'une raideur et d'une résistance aux mouvements. Elle s'observe chez les patients en position de détente lorsqu'on mobilise de façon passive leurs articulations. Elle est répartie de façon diffuse sur les membres, à leur extrémité, mais aussi sur les muscles de la colonne vertébrale et au niveau des épaules et des hanches. Dans l'évolution de la maladie, elle se caractérise par une flexion du corps, penché en avant.

- **le tremblement** : il s'observe quand les muscles sont relâchés, au repos, et disparaît lors des mouvements. Il est sensible à l'environnement : il peut disparaître dans le calme complet, alors qu'il est augmenté par les émotions, les efforts de concentration, pendant une conversation. Il est le plus souvent localisé aux membres supérieurs, aux extrémités.

D'autres troubles, comme un syndrome dépressif (15 à 25% des cas), un syndrome algique (10 à 15% des cas), un amaigrissement, des troubles de l'odorat par atteinte du noyau du nerf olfactif, des troubles nocturnes du comportement (rêves animés avec agitation verbale et/ou motrice), peuvent aussi être observés mais sont moins significatifs.

La maladie évolue lentement, on peut distinguer quatre phases :

- la phase d'adaptation : annonce du diagnostic et ressenti des premiers symptômes.

- la phase d'équilibre : aussi appelée « phase lune de miel », la vie redevient normale grâce aux traitements médicamenteux.

- la phase des fluctuations : les turbulences surviennent, on observe des fluctuations motrices et des dyskinésies.

- la phase d'envahissement : les difficultés à la marche s'installent, la maladie évolue en véritable handicap.

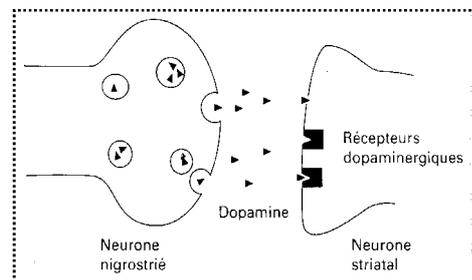
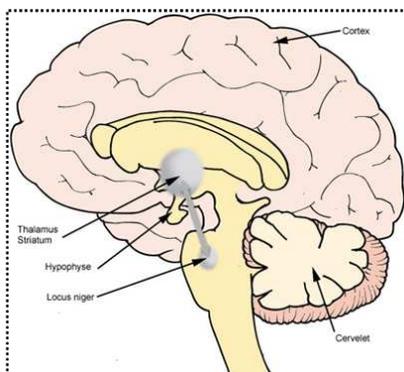
Il existe cependant une grande variabilité des symptômes et de l'évolution de la maladie d'une personne à l'autre.

3-2 Physiopathologie [93]

La maladie de Parkinson est liée à une perte neuronale progressive qui :

- débute à l'âge adulte et évolue lentement,
- est sélective, n'intéressant que certaines populations de neurones, en particulier ceux de la substance noire ou Locus niger, structure située dans le tronc cérébral, à la base du cerveau (Figure 39). Ces neurones libèrent la dopamine qui transmet des informations à une autre structure, le striatum, en se fixant sur des récepteurs dopaminergiques. L'ensemble constitue les noyaux gris centraux permettant d'organiser les mouvements, traitant les informations motrices venant de l'ensemble du cerveau. (Figure 40)

Figure 39 : localisation du locus niger [94] Figure 40 : la synapse dopaminergique [92]



Dans la maladie de Parkinson, les neurones composant la substance noire disparaissent progressivement. Dans un premier temps, les neurones restants fonctionnent au maximum pour fournir au striatum la quantité suffisante de dopamine, puis vient le moment où il n'y a plus assez de dopamine pour permettre son activation adéquate. Dans les neurones restants mais malades, des inclusions arrondies peuvent être présentes : les corps de Lewy qui sont caractéristiques de la maladie : seulement 10% des sujets âgés décédés d'une autre maladie en possèdent.

D'autres neurones dopaminergiques, en dehors du système nigro-strié, peuvent aussi être lésés dans cette pathologie mais à moindre degré.

3-3 Facteurs de risque [93-95]

Deux types de facteurs de prédisposition existent :

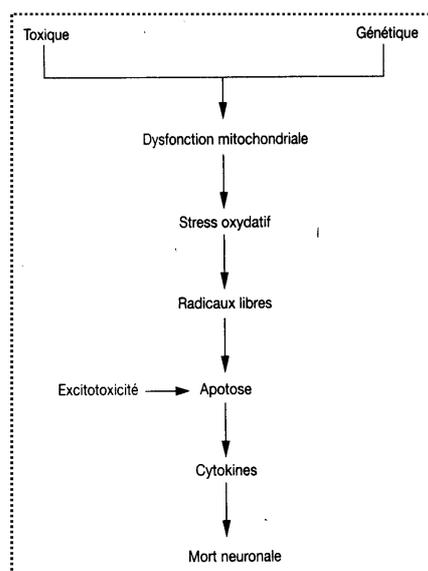
- ✓ Les facteurs génétiques : la majorité des cas sont des cas sporadiques, alors que les formes familiales représentent seulement 5 à 15% des cas. La prédisposition à développer la maladie est plus grande si un membre de la famille, même éloigné, a été touché. A ce jour, les études ont permis de découvrir 9 locus et 5 gènes impliqués.
- ✓ Les facteurs environnementaux : des substances neurotoxiques peuvent être en cause. Parmi elles, le MPTP (1 méthyl-1,2,4,6-tetrahydropyridine), substance dérivée de la mépéridine (proche du LSD) entraîne des symptômes typiques de la maladie, en bloquant une enzyme nécessaire au fonctionnement énergétique de la cellule. D'autres substances proches comme le paraquat et la roténone, faisant partie de la famille des herbicides et des pesticides, sont mises en cause. Des études se penchent aussi sur l'action toxique des plantes de la famille des annonacées (plantes tropicales comme le corossol ou le ylang-ylang), dont la consommation est à l'origine de syndromes parkinsoniens atypiques rencontrés chez des personnes ayant conservé l'utilisation de tisanes contenant ce type de végétal dans leurs habitudes alimentaires.

Une étude du CNRS datant de 2008 a démontré que le système immunitaire serait impliqué dans la maladie : les lymphocytes CD4 pénètrent dans le cerveau des malades et tuent les neurones ; de plus, dans un modèle murin, l'absence de CD4 entraîne une amélioration très nette. [96]

C'est l'hypothèse du stress oxydatif qui est retenue actuellement pour expliquer la mort neuronale. Elle fait intervenir l'action délétère des radicaux libres : substances chimiques possédant un électron libre qui vont réagir avec les tissus et entraîner une destruction cellulaire. Cet excès de radicaux libres serait dû à un dysfonctionnement de la chaîne respiratoire mitochondriale ou à un trouble localisé du métabolisme du fer. Or, il s'avère que les neurones dopaminergiques de la substance noire sont les plus exposés à des quantités élevées de radicaux libres et les plus vulnérables.

Ainsi, en rassemblant ces différentes hypothèses, la chronologie des événements pourrait être la suivante : sur un terrain génétique particulier, un agent environnemental pourrait entraîner un dysfonctionnement mitochondrial qui provoquerait une accumulation de radicaux libres responsables de la production de cytokines, ce qui enclencherait le programme d'apoptose des neurones dopaminergiques. (Figure 41)

Figure 41 : Ethiopathogénie de la mort neuronale [93]



3-4 Comment reconnaître le patient parkinsonien ? [92-93]

La perte neuronale débute longtemps avant l'apparition des signes moteurs de la maladie. C'est pourquoi, le pharmacien doit attirer son attention sur d'autres symptômes annonciateurs. Le patient, au comptoir, peut se plaindre d'une certaine fatigabilité, d'une baisse de rendement dans l'accomplissement des actes de la vie courante, d'un ralentissement moteur ou encore de difficultés à se remettre d'une affection bénigne comme un épisode grippal.

Ces signes sont souvent pris comme des épisodes dépressifs, ce qui peut masquer au début le diagnostic de la maladie. Cette impression peut être renforcée par l'atonie du visage, la monotonie du discours, la difficulté à prendre des initiatives, une sorte de perte de l'élan vital. La voix est faible, rauque et/ou monotone, et la parole est lente avec une articulation imprécise et un démarrage difficile. Ce n'est qu'à l'apparition des troubles moteurs, ou de signes tels qu'une perte du balancement du bras, un tremblement intermittent, une micrographie, que l'officinal s'interpelle et oriente le patient vers une consultation médicale. Or, dans un quart des cas, une vraie dépression précède le diagnostic. Sans examen complémentaire, il est alors difficile de déceler d'emblée le syndrome parkinsonien sous-jacent.

Le patient peut se plaindre également de douleurs rhumatismales. Si ces douleurs résistent à la prescription d'antalgiques, le médecin recherchera d'autres signes témoignant d'une akinésie ou d'une rigidité. D'autres symptômes avant-coureurs comme des paresthésies, une sensation de chaleur diffuse, de froid, d'endolorissement musculaire, accompagné ou non de crampes, pourront être ressentis.

Le pharmacien doit être attentif à tous ces troubles, interroger la famille, et orienter le patient à consulter son médecin généraliste ou son neurologue. Des examens complémentaires tels que le scanner ou l'IRM permettront une analyse morphologique du cerveau, tandis que la tomographie par émission de positons (TEP) observera le système dopaminergique au niveau de la synapse nigrostriale.

3-5 Méthodes thérapeutiques dans le cadre du MAD [92-93]

⇒ Résultats de l'enquête

J'ai demandé aux officinaux ce qu'il fallait prendre en compte, selon eux, dans l'aménagement d'un patient atteint de la maladie de Parkinson.

13 pharmaciens sur les 20 interrogés « n'ont pas d'idée à ce sujet ».

Certains d'entre eux évoquent la nécessité d'utiliser des aides de préhension, un déambulateur et « un aménagement adéquat de la salle de bain » (barres d'appui, tapis antidérapant,...)

3 autres parlent de l'intérêt d'ôter les obstacles et d'enlever les tapis, afin de diminuer le risque de chutes, auquel « sont confrontés particulièrement les parkinsoniens ».

Enfin, un officinal insiste sur le fait d'avoir une présence permanente d'un aidant au domicile.

⇒ Conduite à tenir : il me semble important d'évoquer la prise en charge d'un parkinsonien afin que l'officinal puisse s'orienter vers les aides nécessaires à l'aménagement du domicile de son patient.

La prise en charge du patient est multidisciplinaire et la stratégie thérapeutique devra être réévaluée à chaque étape.

La phase d'adaptation

L'annonce du diagnostic est souvent difficile pour le patient. Le malade doit accepter, comprendre, faire face à la pathologie. Le suivi par un psychothérapeute est parfois nécessaire pour combattre l'angoisse du patient.

A ce stade, le traitement médicamenteux suffit pour contenir les premiers symptômes. Les activités sociales et les loisirs doivent être maintenus et même renforcés. La poursuite des sports habituellement pratiqués est recommandée.

Des exercices de kinésithérapie peuvent être proposés selon les plaintes exercées par le malade et les manifestations cliniques. Il n'existe pas de règle précisant quand commencer ces exercices. A cette phase, il suffit souvent de pratiquer, tous les deux ou

trois mois, un bilan moteur détaillé à la recherche de gênes nouvelles ou de manifestations cliniques passées inaperçues, d'où l'intérêt de pratiquer des activités physiques élémentaires comme marcher, jardiner, nager,...

La phase « lune de miel »

Lorsque les choses se sont stabilisées tant du point de vue du traitement que du point de vue psychologique, commence une période d'accalmie durable. Les conséquences de la maladie sur la motricité sont minimales. Cependant, la rééducation peut être envisagée dans un rôle préventif pour maintenir la condition physique, d'autant plus si le patient ne pratique pas de sport et s'il ressent des gênes douloureuses dans l'accomplissement de certains actes. Elle consiste en des mouvements de coordination des membres, de l'ensemble du corps, en l'entretien de la marche et de l'équilibre.

La rééducation préventive des douleurs rachidiennes par des techniques d'étirement actif, de placement des régions cervicales et lombaires pourront être débutées.

La fréquence de ces séances est variable, en accord avec le kinésithérapeute. A la maison, le patient peut répéter seul, durant 15 à 20 minutes tous les jours, un programme d'exercices choisi en accord avec le professionnel de santé. Cependant, ceci peut s'avérer ennuyeux ou démotivant. L'alternative consiste en stages de séances quotidiennes d'une durée de quatre à six semaines consécutives, suivis d'un intervalle de plusieurs mois sans rééducation. L'hydrothérapie est fréquemment associée au programme de kinésithérapie, sous la forme de balnéothérapie ou de cures thermales. La balnéation chaude (32 à 34°C) procure, par son action sédative, une sensation de bien-être et de détente corporelle qui facilite le mouvement et la mobilisation : les douleurs, la rigidité musculaire ou encore les troubles de l'équilibre peuvent être soulagés par cette technique. L'état général du patient devra être évalué avant la mise en place de telles thérapies (bilan cardiaque, respiratoire et tensionnel,...).

La phase des fluctuations [97]

Elle se caractérise par des variations de l'état moteur. Ces variations des effets de la lévodopa, précurseur de la dopamine, donné en traitement de la maladie, consistent en :

- un état « on » : l'effet des traitements est satisfaisant avec peu de symptômes, la motricité en particulier est quasi-normale ;

- un état « off », où les signes de la maladie sont présents.

Ces fluctuations sont fréquentes après 6 ans de traitement, et sont L-Dopa dépendantes ou non.

Elles comprennent :

- l'akinésie de fin de dose : après chaque prise de lévodopa, le bénéfice lié à l'effet de cette prise se termine après quelques heures et les signes réapparaissent avant que la prise suivante n'agisse.

- l'akinésie nocturne : elle correspond à un retour des signes parkinsoniens loin de la dernière prise de lévodopa la nuit. Elle se caractérise par des difficultés à se retourner dans le lit ou à se lever pour aller aux toilettes.

- l'akinésie du matin : elle est marquée par le retour des signes au réveil avec des crampes, un besoin de bouger,...

- l'akinésie circadienne : elle comprend une période de blocage tous les jours, à la même heure, quelque soit le traitement.

- les dyskinésies : il s'agit de mouvements anormaux involontaires présents pendant les périodes « on », c'est-à-dire lorsque la prise de lévodopa fait disparaître les troubles moteurs. Ces mouvements sont brusques, brefs et irréguliers. Ces dyskinésies ne sont présentes que chez un tiers des malades. Certaines sont observées en milieu de dose, d'autres en début et fin de dose.

D'autres fluctuations non motrices sont observées :

- les fluctuations sensibles : douleurs, crampes, brûlures, fourmillements.
- les fluctuations neurovégétatives : sueurs profuses, hypersalivation, hypotension, troubles urinaires.
- les fluctuations psychiques : troubles de la vigilance, de l'humeur, de l'anxiété et, plus rarement, apparition d'hallucinations.

Une des stratégies thérapeutiques de 1^{ère} intention sera l'ajustement des prises de lévodopa. Les prises seront fractionnées et on utilisera davantage des formes LP permettant à la lévodopa d'avoir une plus longue durée d'action, ou des formes dispersibles ayant une action plus rapide. L'adjonction d'un ICOMT ou d'un agoniste dopaminergique permettra une prolongation de chacune des prises.

Dans le cadre du MAD, la kinésithérapie devra être renforcée. Les exercices d'étirement axial et de maintien postural prennent une grande importance. Ils seront pratiqués sur une chaise ou en position assise pour éviter les chutes.

Pour l'akinésie, le patient apprendra à représenter les mouvements avant de les exécuter, en intégrant les informations sensori-motrices envoyées par les parties du corps durant ce mouvement. Ces gestes seront répétés afin de réduire l'hésitation initiale et le temps de réalisation. La kinésithérapie visera à préserver le contrôle de la marche, à entretenir les changements de position, mais aussi à lutter contre les douleurs insuffisamment contrôlées par le traitement dopaminergique. Les exercices se

réaliseront durant la phase « on » afin de pouvoir les répéter en phase « off » avec moins de difficultés.

La maladie de Parkinson conduit à l'incapacité de répéter de manière continue et régulière une même tâche motrice par diminution progressive de son rythme et de son amplitude. Ceci est d'autant plus significatif chez la personne fatiguée, distraite. Les effets de la musique jouent, dans ce cas, un rôle dans la recherche d'un rythme aux mouvements, notamment en cas de bradykinésies.

De même, l'écriture est modifiée. La main est crispée sur le stylo, le geste est lent, irrégulier et tremblant. La rééducation permet de décontracter régulièrement le membre scripteur par des exercices d'ouverture et de fermeture des doigts, de flexion et d'extension du poignet et d'élévation et relâchement de l'épaule. Des jeux d'écriture peuvent être organisés : des formes géométriques sont tracées sur une feuille de papier blanc ou à lignes, un tableau mural, un chevalet, avec différents matériels comme un stylo, des feutres, des fusains, des pinceaux, afin de proposer les exercices dans différentes positions de l'épaule, présentations de la main et sensations de pression de la plume sur la feuille. L'utilisation de stylos lourds permet une plus grande stabilité et lèste la main suffisamment pour diminuer, en partie, la gêne apportée par le tremblement.

Il existe sur le marché plusieurs modèles :

- le stylo muni d'un adaptateur ;
- le porte-stylo : pièce en plastique qui se fixe sur le stylo lors de son utilisation ;
- le stylo-doigt : il se place à l'extrémité du doigt.

Enfin, il est possible d'esquiver les difficultés en utilisant un ordinateur, ce qui n'est pas évident pour les personnes âgées, souvent rebutées par la technique informatique.

L'orthophonie a aussi toute sa place à ce stade de la maladie. Elle a pour but, en maintenant les capacités d'écriture, de communication verbale et d'expression faciale, d'optimiser la communication avec autrui à une période où la maladie pourrait être rendue plus difficile, du fait de l'akinésie. En effet, avec l'évolution de la maladie, la parole est de plus en plus modifiée : les points d'accentuation disparaissent, le volume vocal diminue, tandis que la prononciation des consonnes se dégrade et que la phrase s'achève dans un murmure. L'orthophoniste établit un bilan puis la rééducation se fera en plusieurs phases :

- rééducation de l'expression faciale ;
- rééducation de la voix par des exercices préliminaires de synchronisation de la respiration et de la parole ;
- rééducation de l'articulation ;
- travail sur le rythme ;

- rééducation de l'intonation.

Il sera conseillé de répéter ces exercices à la maison pour une meilleure efficacité.

La psychothérapie est renforcée à ce stade, tant pour le patient que pour son entourage. Cette phase est particulièrement difficile à accepter, après une phase d'accalmie où le malade avait trouvé un certain équilibre. De plus, l'angoisse apparaît souvent à l'arrivée d'une phase « off ».

La phase d'envahissement [98]

Cette phase correspond à une période de déclin. Les fluctuations ont tendance à s'éteindre avec une diminution progressive de la qualité des périodes « ON ». Le patient présente des difficultés à se tenir debout et à marcher. Cette phase est souvent annoncée par l'apparition de chutes ou l'augmentation de leur nombre, puis deviennent plus rares avec une restriction de l'autonomie. Les transferts deviennent difficiles. Les membres supérieurs, puis inférieurs se déforment. La rééducation permet la poursuite des activités les plus usuelles. Ses buts sont d'éviter les raideurs et de stimuler la fonction de préhension et la coordination.

Les symptômes deviennent handicapants et la dépendance augmente. La vie au domicile s'avère alors difficile et des aménagements sont nécessaires.

D'après l'étude COMPAS réalisée en 2001 en partenariat avec l'association France-Parkinson [99], la lenteur des mouvements et les difficultés à la marche s'avèrent être les symptômes les plus gênants pour le patient et l'entourage (69%). Les troubles de la marche sont variables : au début, une jambe a tendance à être en retard sur l'autre, puis la marche se fait à pas raccourcis. Quelquefois, la posture fléchie en avant s'accompagne d'une tendance à accélérer le pas, de plus en plus court, avec un risque de chutes en avant. On peut observer également un blocage moteur, se caractérisant par une difficulté à démarrer et à poursuivre la marche ; c'est ce que l'on appelle le freezing. Il ne dure qu'un instant et il ne faut pas le confondre avec les périodes de blocage dans les périodes « off » qui sont beaucoup plus longues.

Pour pallier à ces troubles, le **déambulateur** semble le plus adapté. Il modifie la position du centre de gravité en redressant la posture. Une canne est rarement utile car si les bras sont akinétiques et mal coordonnés avec les jambes, les patients la traînent derrière eux. A une phase encore plus évoluée de la maladie, un **fauteuil roulant** est nécessaire. Il ne s'agit pas de l'utiliser tout le temps, mais de s'en servir surtout pendant les périodes « off » si elles s'accompagnent d'un freezing important.

Avec les problèmes de coordination des mouvements, les tremblements, les akinésies et bradykinésies, de simples gestes de la vie quotidienne s'avèrent difficiles, d'autant plus, qu'à long terme, tout ceci entraîne des complications à différents niveaux :

- ✓ L'habillement : il est important que les vêtements soient amples et que les systèmes d'ouverture ou de fermeture soient adaptés. Les boutons sont à bannir et les fermetures type fermeture éclair ou attaches Velcro seront préférées. On choisira également des chaussures à lacets élastiques ou des mocassins avec une semelle ni trop glissante, ni trop collante. Des talons légèrement surélevés permettront de ne pas tomber vers l'arrière. Un **chausse-pied** (Figure 42) muni d'un long manche ou un **enfile-bas** (Figure 43) pourront être proposés.

Figure 42 : Chausse-pied [100]



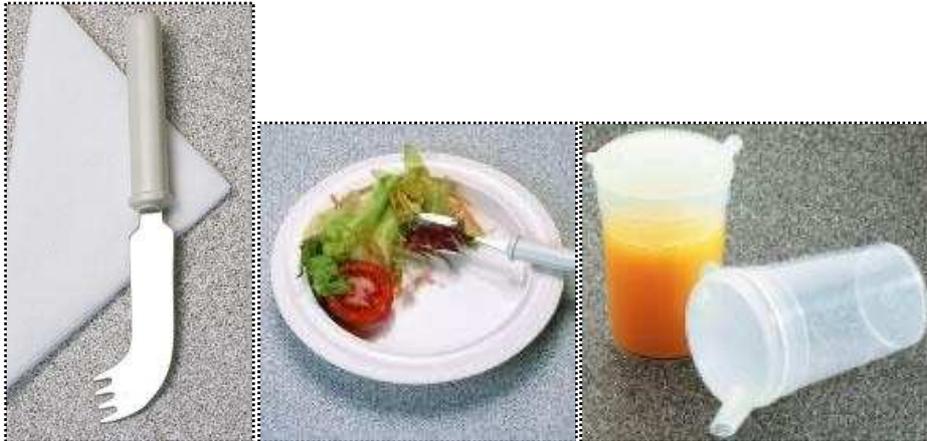
Figure 43 : enfile-bas [101]



- ✓ Les repas : les raideurs articulaires limitent les mouvements des membres supérieurs et rendent difficile l'action de porter la main à la bouche ou encore entraînent une mauvaise tenue du couteau et de la fourchette. De même, les problèmes de coordination des membres font que des actes comme couper la viande deviennent périlleux. Tout ceci peut entraîner à long terme une dénutrition, des carences alimentaires et un amaigrissement. A ce stade, diverses aides techniques permettront d'aider le malade à manger seul : [102]
- des **assiettes à rebord vertical** éviteront que les aliments tombent sur la table lorsque le patient utilisera une cuillère ;
 - les **couteaux-fourchettes** permettent de couper un morceau de viande puis de le piquer avec une seule main ;
 - les **sets de table anti-dérapants** évitent que l'assiette ne glisse lorsque les patients coupent leur viande ou piquent l'aliment avec une fourchette ;
 - les **verres fermés** par un couvercle pourvu d'un orifice de type « bec de canard » ou encore les systèmes de paille, permettent de boire sans répandre le liquide. Le choix du diamètre des verres est important car s'il est trop grand, il laisse passer de l'air en même temps que le liquide, et entraîne des fausses routes. (Figure 44)

Figure 44 : aides techniques dans la cuisine pour le patient parkinsonien

[103]



Ces aides techniques ne sont pas remboursées.

Le parkinsonien peut souffrir d'une hypersalivation, souvent liée à un sous-dosage médicamenteux. Il est alors conseillé de garder en bouche constamment quelque chose à sucer (chewing-gum, bonbon, noyau de fruit,...). Les mouvements créés par la succion portent la salive vers l'arrière-gorge et déclenchent des réactions de déglutition qui permettent de l'avalier. Si cela n'est pas suffisant, le médecin pourra être amené à prescrire des traitements soit locaux (collyres et sprays anticholinergiques), soit généraux comme les anticholinergiques (Artane®, Parkinane®) mais pourvus d'effets adverses cognitifs ou psychiques.

Des troubles de la déglutition peuvent aussi être présents. Les aliments d'une consistance suffisamment épaisse sont préférés pour assurer la confection d'une boule d'aliments plus facile à déglutir. Les repas doivent être fractionnés, pris à heures régulières. Une technique s'avère efficace : il s'agit de poser les aliments au milieu de la langue et de presser légèrement à cet endroit avec la cuillère pour déclencher le réflexe de déglutition.

Le patient parkinsonien doit consommer la même quantité quotidienne de protéines que tout adulte bien portant. Cependant, durant la période de médication, il devra limiter autant que possible sa consommation d'aliments riches en protéines (produits laitiers, viandes, charcuteries,...) et associer celle-ci avec des aliments sucrés afin de réduire au maximum les effets négatifs des protéines alimentaires sur l'absorption des médicaments. Des substituts de repas pauvres en protéines spécifiques pour patients parkinsoniens sont apparus sur le marché international : ils permettent une prise de repas sous forme liquide pour les personnes actives ou ayant de nombreuses manifestations indésirables de la maladie.

L'hydratation est importante car le malade présente habituellement un état de légère sudation. Il est nécessaire d'encourager le patient à boire au moins 1,5L d'eau par jour.

La constipation est également fréquente : elle semble liée aux médicaments anti-parkinsoniens mais aussi à la maladie qui agit sur la musculature lisse. Il sera donc conseillé d'enrichir l'alimentation en fibres végétales, de boire beaucoup, de se présenter régulièrement aux toilettes, de conserver une activité physique régulière.

- ✓ Le sommeil : les troubles du sommeil sont fréquents mais rarement inauguraux. Ils sont liés à l'âge, à la gravité du handicap, à la durée d'évolution et aux traitements reçus. Ces troubles combinent des insomnies, une fragmentation du sommeil et une somnolence diurne excessive. Les insomnies d'endormissement sont souvent liées à une anxiété, tandis qu'un réveil matinal précoce est plutôt signe d'un syndrome dépressif. La fragmentation du sommeil a de multiples causes : pollakiurie nocturne, tremblement, douleurs, crampes, syndrome des jambes sans repos, parasomnies, prise d'agonistes dopaminergiques. Des épisodes d'hallucinations, de cauchemars, de somnambulisme, d'agitations, sont aussi observés dans certains cas.

Plusieurs aménagements sont nécessaires : mise en place d'un **lit médicalisé avec barrières** (surtout en cas d'agitations nocturnes), avec potence pour se relever facilement et un matelas ferme ; les draps doivent bien glisser pour faciliter les retournements (satin) ; une **veilleuse** sera installée, non seulement pour éviter les terreurs nocturnes, mais aussi pour ne pas avoir à se lever dans le noir complet et faciliter la recherche des objets indispensables (bouteille d'eau, téléphone, médicaments,...). Il est conseillé de conserver un exercice régulier la journée, d'éviter les boissons caféinées, les repas lourds, le tabac et l'alcool, de limiter l'apport hydrique le soir, de se coucher plus tard mais de maintenir des horaires de réveil relativement fixes, de quitter le lit en cas d'insomnie afin de réduire l'anxiété conséquente, d'éviter des siestes prolongées.

D'un point de vue plus médical, des adaptations posologiques du traitement anti-parkinsonien pourront pallier ces troubles (pas de prise d'amantadine ou de sélégiline le soir en raison de leur effet stimulant).

- ✓ L'hygiène : Les aménagements cités dans les chapitres précédents s'avèrent aussi nécessaires voire indispensables. Dans la salle de bain, les barres d'appui, le tabouret de douche, les tapis de douche antidérapants, trouvent leur place. Pour les difficultés de préhension, les savons peuvent être fixés sur un support comme un **porte-savon adhérent** ; les manches de certains accessoires comme les brosses, les peignes, sont choisis de grande taille. Une **pince de préhension** s'avère utile pour attraper tous les ustensiles utiles à la toilette (gant de toilette, serviette,...). (Figure 45)

Figure 45 : pince de préhension [104]



Le rasoir électrique est préféré au rasoir mécanique pour éviter les coupures.

Au niveau des toilettes, un **surélévateur** et des **barres d'appui** peuvent être posés. Le papier hygiénique en feuilles est plus simple que celui présenté en rouleau. Si les troubles urinaires sont peu fréquents à l'installation de la maladie (5 à 10% des cas), ils sont quasi-constants en fin d'évolution. Les lésions des noyaux gris centraux entraînent des troubles mictionnels à type d'hyper- ou d'hypoactivité vésicale dans 38 à 70% des cas. De plus, la bradykinésie et/ou la rigidité suscite une hyperactivité du sphincter strié et une incapacité à obtenir une relaxation rapide lors d'une contraction du détrusor. L'isolement du patient dans sa chambre, ses difficultés à se mouvoir et à communiquer l'empêchent de se présenter à temps aux toilettes ou d'appeler lorsque le besoin devient impérieux. Avec la présence de tremblements, la **chaise garde-robe** ou le port de **protections** semble le plus adapté. L'urinal avec un capuchon vissé peut aussi être utilisé si les tremblements ne sont pas trop importants.

- ✓ Les chutes : 50% des patients souffrent d'une hypotension orthostatique. Elle est corrélée à la durée et à la gravité de la maladie, mais aussi à la dose de dopaminergiques et/ou à d'autres médicaments à effet hypotenseurs (antihypertenseurs, vasodilatateurs, psychotropes). Ceci, associé aux troubles moteurs et à la fatigue, accentue le risque de chutes. L'environnement doit être aménagé : éliminer les obstacles, fixer les tapis, avoir un éclairage suffisant, utiliser des bandes adhésives de couleur pour visualiser les seuils et éviter le piétinement, des barres d'appui, placer des chaises dans différents coins de la pièce pour permettre de s'asseoir dans les périodes de blocage, sans pour autant gêner le passage, préférer les clenches de porte en forme de « bec-de-canne » qui sont plus faciles à ouvrir en cas de difficultés de préhension, plutôt que celles à boutons ronds, avoir un système de téléalarme.
- ✓ Les troubles respiratoires : les patients se plaignent souvent de difficultés respiratoires à l'effort et de sensation d'oppression thoracique, surtout en période de blocage. Des anomalies de la fonction pulmonaire ont été retrouvées à

type de diminution de la force effective des muscles respiratoires et d'obstruction des voies aériennes supérieures. Ceci serait dû à une dysnergie entre les muscles des voies aériennes supérieures et ceux de la cage thoracique. A long terme, il peut survenir une stase des sécrétions bronchiques avec risque de surinfection locale. Afin d'améliorer la fonction respiratoire, des exercices de kinésithérapie seront effectués. Une bonne position au fauteuil sera nécessaire : la position assise ou semi-assise est privilégiée. En cas d'encombrement important, un aérosol peut être utilisé pour fluidifier les sécrétions. Enfin, le maintien d'une certaine activité physique assure un bon niveau d'adaptation respiratoire à l'effort.

Les séances d'orthophonie et de psychothérapie seront renforcées. 35 à 50% des patients présenteront un jour des hallucinations, 20 à 27% d'entre eux une évolution démentielle et 5% un état de délirium.

Les symptômes d'agitation et delirium sont généralement en relation avec les médications antiparkinsoniennes ou un phénomène intercurrent telle une déshydratation, une infection, alors que l'anxiété ou la dépression sont plutôt en relation avec la difficulté d'assumer la lourdeur du handicap engendré par la maladie. Les troubles cognitifs avec ou sans démence sont, quant à eux, généralement liés à l'évolution de la maladie.

La prise en charge comprendra l'accompagnement du patient et de ses proches et visera l'aspect psychologique. Dans tous les cas, le recours à un traitement médicamenteux doit être discuté et réévalué selon les symptômes du patient. Le recours, par exemple, aux médications anxiolytiques, ne devrait se faire qu'exceptionnellement, car celles-ci sont assez mal tolérées, d'une part à cause de l'hypotonie musculaire qu'elles engendrent, et d'autre part à cause de leurs effets psychiques (troubles de la mémoire, confusion).

Ainsi, l'objectif des aménagements sera, entre autres, de réapprendre de bons automatismes en vue de faciliter la marche, les transferts, l'équilibre, ou encore de réentraîner les fonctions de préhension pour permettre de bonnes manipulations d'objets, ceci toujours avec un souci d'autonomie et de sécurité. Avec les symptômes engendrés par la maladie et ses complications, la prise en charge du patient parkinsonien s'avère multidisciplinaire, associant soutien médical, aménagement du domicile et soutien psychologique.

3-6 Rôles du pharmacien

Le pharmacien a un rôle central dans la prise en charge car il rencontre mensuellement le patient pour la délivrance des médicaments. En connaissant parfaitement le

traitement et ses effets secondaires, il le renseignera sur les gênes éventuellement ressenties. Il conseillera au malade d'avoir toujours une réserve de médicaments de quelques jours, pour ne pas arrêter brutalement le traitement, d'être rigoureux dans la prise des médicaments au niveau des doses et des horaires de prises : à ce titre, il sera judicieux de conseiller un pilulier que le pharmacien pourra lui-même remplir, ceci dans le but d'éviter les fluctuations d'activités. A ce titre, le MAD-DOSE, proposé par le groupe MLS Technologie est apparu récemment : il s'agit d'un boîtier semainier spécialement conçu pour les mains tremblantes ou arthritiques puisqu'une légère pression sur l'alvéole libère les médicaments [105]. L'officinal pourra aussi proposer un carnet de surveillance afin que les patients prennent davantage conscience de leur traitement et du rôle primordial de l'observance. Ce carnet est construit sur le même modèle que celui destiné aux personnes sous AVK : il est à remplir plusieurs jours de suite en notant chaque prise médicamenteuse, chaque repas, chaque sieste, chaque événement susceptible de perturber le patient dans la journée (visite, sortie,...). (Annexe 6)

Le pharmacien devra avertir le patient parkinsonien de la dangerosité de la conduite de véhicules : les troubles moteurs, les vertiges et l'hypotension orthostatique ne sont pas compatibles.

De plus, en discutant avec lui, il s'apercevra des handicaps quotidiens et pourra conseiller les aides techniques nécessaires, citées précédemment.

Enfin, le pharmacien doit encourager le parkinsonien et sa famille à contacter diverses associations de soutien comme « l'Association Parkinson » qui distribue un magazine trimestriel d'information et qui organise des conférences. Ces associations ont pour but d'apporter un soutien moral et de donner des informations pratiques sur la maladie, ainsi que des conseils et astuces pour améliorer la qualité de vie du malade.

Association France Parkinson
37 bis, rue de La Fontaine
75016 Paris.
Tél : 01 45 20 22 20
<http://www.franceparkinson.org>

Des groupes d'entraide, appelés « PK Club » ou « Antenne Parkinson » existent dans chaque grand centre urbain et permettent aux patients et aux proches de se rencontrer et d'échanger leurs expériences dans un cadre convivial. [106]

En Meurthe et Moselle, un comité départemental existe depuis mai 2009 : une équipe de 6 personnes organise différentes activités à l'attention des malades et des aidants.

Des groupes de paroles, animés par deux psychologues du service de neurologie du CHU de Nancy se réunissent une fois par mois ; deux groupes bien distincts existent : les personnes atteintes de la maladie de Parkinson et les aidants. Des réunions d'information thématiques ou à visée ludique sont également proposées.

A la demande des EHPAD et des Foyers Résidences, l'équipe peut intervenir pour sensibiliser les patients et le personnel sur la maladie de Parkinson.

Pour tout renseignement, une adresse e-mail est disponible :

www.franceparkinson54@gmail.com

3-7 Conclusion

Pour insister sur la prise en charge multidisciplinaire du parkinsonien, j'ai réalisé un plan de soins afin de faire face aux divers problèmes pouvant être rencontrés au cours de la maladie (Tableau 17). Le pharmacien devra être attentif à chaque symptôme de la maladie et répondre à chaque besoin de son patient par des aides techniques et humaines adaptées.

Tableau 17 : prise en charge multidisciplinaire du patient âgé parkinsonien

Problème	Objectif	Actions
<u>Troubles de la marche :</u> -akinésie -tremblements -hypertonie ⇒chutes ⇒immobilisme ⇒escarres	-autonomie -éviter les complications -sécurité	-déambulateur -fauteuil roulant -bas de contention afin de faciliter le retour veineux -chaussures adaptées -barreaux de lit -matelas anti-escarres -lever au fauteuil -changements de position
<u>Hygiène :</u> -incapacité de subvenir à ses besoins -malpropreté -difficultés à s'habiller	-maintenir une bonne hygiène -récupérer l'autonomie	-pinces de préhension -enfile-bas -surélévateur de WC -barres d'appui -tapis antidérapants
<u>Alimentation :</u> -difficultés d'alimentation -bradykinésie -tremblements -troubles de déglutition	-apport calorique et hydrique suffisant	-couverts adaptés -posture adéquate -régime adapté : consistance adéquate, hypoprotéiné de jour -hydratation quotidienne suffisante -substituts de repas
<u>Elimination :</u> ✓ Selles : constipation ✓ Urines : Incontinence, rétention, pollakiurie, infection	-autonomie -continence	-alimentation riche en fibres -hydratation suffisante -activité -laxatif doux (selon avis médical) -chaise garde-robe -protections
<u>Sommeil :</u> -difficultés d'endormissement -réveil précoce -fragmentation du sommeil	-retrouver un cycle régulier du sommeil -réduire l'anxiété	-lit avec barrières -veilleuse -exercice régulier -limiter les boissons excitantes
<u>Respiration :</u> -hypoventilation -dyspnée d'effort -infection pulmonaire par fausse déglutition	-respiration régulière	-position assise ou semi-assise -kinésithérapie respiratoire -aérosols -expectorations -surveiller la présence de fausses déglutitions
<u>Troubles émotionnels :</u> -angoisse -agressivité -confusion -insécurité -perte d'autonomie -difficultés de communication	-prévenir la décompensation psychologique -dédramatiser -accepter la maladie -réapprendre à communiquer	-écouter le patient -rassurer -soutien psychologique -encourager, féliciter -orthophonie -kinésithérapie -stylos adaptés

4- La prise en charge de la personne dénutrie

4-1 Généralités [107]

L'importance d'une alimentation saine et équilibrée pour le maintien en bonne santé, est un concept admis pour l'ensemble des populations, toutes catégories d'âges confondues. La France possède ses propres normes se traduisant en Apports Nutritionnels Conseillés (ANC). L'ANC est choisi sur une base de 130% du besoin moyen, représentant des valeurs de référence pour atteindre un bon état nutritionnel limitant ainsi les carences, les déséquilibres ou les surcharges au sein d'une population donnée. Il est influencé par différents facteurs tels que l'âge, le sexe, l'activité physique et l'état physiologique.

La dénutrition se caractérise par des besoins métaboliques de l'organisme non couverts, par manque d'apports protéino-énergétiques ou par augmentation des besoins (hypercatabolisme). Elle correspond à une perte de poids involontaire de 5% du poids habituel en 1 mois ou de 10% au cours des 6 derniers mois.

La prévalence de la dénutrition est estimée à 4 à 10% à domicile, 15 à 38% en institution et 30 à 70% à l'hôpital. Du fait de l'importance de la population âgée vivant à domicile, c'est là que l'on observe le plus grand nombre de personnes dénutries (300 000 à 400 000). La dénutrition est plus fréquente chez les personnes en perte d'autonomie : la difficulté à s'approvisionner, à faire la cuisine ou à s'alimenter, ainsi que les pathologies à l'origine de la dépendance, expliquent une prévalence élevée de 25 à 30%. [108]

Les conséquences sont multiples : altération de l'état général, troubles psychiques, épuisement des réserves de l'organisme, déficit immunitaire, troubles digestifs, escarres, sarcopénie. La morbi-mortalité augmente : globalement, on estime que la dénutrition augmente de 2 à 4 fois le risque de mortalité et de 4 à 6 celui de morbidité. [109]

4-2 Mécanismes et facteurs favorisants [107-110]

4-2-1 Le vieillissement de l'appareil digestif

- ✓ **Estomac** : avec l'âge, on observe une diminution de la capacité sécrétoire et une élévation du pH gastriques. Ceci entraîne une atrophie de la muqueuse, à l'origine d'une augmentation de la fréquence des ulcères.
- ✓ **Pancréas** : l'augmentation de la CCK (cholécystokinine) abaisse le seuil de satiété et favorise l'anorexie.
- ✓ **Intestin grêle** : une diminution modérée de l'absorption des graisses et des glucides surviendrait, notamment lors de proliférations microbiennes favorisées

par la gastrite. L'absorption de la vitamine D est diminuée tandis que celle de la vitamine A est augmentée.

4-2-2 La modification de l'eau totale avec le vieillissement

L'eau corporelle totale diminue. Le seuil de perception de la soif est plus élevé que chez l'adulte et la correction de l'hyperosmolarité par la boisson est donc plus tardive. Le pouvoir de concentration du rein diminuant, l'élimination des substances toxiques nécessite une plus grande quantité d'urines. Le risque de déshydratation est donc plus important chez le sujet âgé.

4-2-3 Les besoins énergétiques chez la personne âgée

Ils sont estimés à 2000 kcal/j chez l'homme et 1800 kcal/j chez la femme. Avec l'âge, le moins bon rendement métabolique nécessite des apports en énergie relativement plus élevés pour être adaptés aux besoins. De plus, l'hypercatabolisme lié aux états pathologiques fréquents et au stress nécessite des apports supplémentaires. (Figure 46)

Figure 46 : Les besoins du sujet âgé en bonne santé [107]

Energie	30-35 kcal/kg de poids/j
Protéines	1 à 1,2 g de protéines/kg de poids/j
Équilibre	12-15 p. cent de protéines 50-55 p. cent de glucides 30-35 p. cent de lipides
Fibres	20-25 g/j
Vitamines K	70 µg/j
Vitamines anti-oxydantes :	
E	15-20 mg/j
C	100 mg/j
A	700 µ équivalent rétinol/j
Vitamines du groupe B :	
B1	1,3 mg/j
B2	1,5 mg/j
B3	15mg équivalent niacine/j
B5	10 mg/j
B6	2,2 mg/j
B8	100-300 µ/j
B9	400 mg/jour
B12	3 mg/j
Minéraux et oligoéléments :	
Sodium	4 g/j
Potassium	3 g/j
Calcium	1200mg/j
Phosphore	800 mg/j
Magnésium	420 mg/j
Zinc	15 mg/j
Fer	10 mg/j
Cuivre	2 mg/j
Iode	150 µg/j
Chrome	125 µg/j
Sélénium	80 µg/j
Eau	2 L/ jour minimum

4-2-4 Le vieillissement buccodentaire

On estime que 50% des personnes âgées présentent une édentation totale. De plus, l'hygiène buccodentaire est déficiente et les candidoses oropharyngées fréquentes. L'appareillage est nécessaire, à condition qu'il soit bien adapté. Dans certains cas, les prothèses sont sources de maladies iatrogènes, en particulier les appareils anciens dont la résine devient poreuse et qui sont des réservoirs à candida : c'est la stomatite prothétique.

Ces modifications dentaires diminuent le coefficient masticatoire et provoquent le développement d'une arthrose mandibulaire.

Tout ceci entraîne une modification du choix des aliments : les viandes, les fruits, les légumes sont réduits et les carences s'installent.

4-2-5 Les perturbations du goût

Le vieillissement sensoriel physiologique, la prise de nombreux médicaments, entraînent une élévation du seuil du goût.

Il en résulte des changements du comportement alimentaire et une diminution de consommation, d'autant plus dangereuse qu'elle s'installe de façon progressive et non perçue, et qu'elle est, le plus souvent, niée par la personne.

4-2-6 Les troubles de la déglutition

4-2-7 Les troubles psychiatriques et neurologiques

Les détériorations intellectuelles, psychiques (notamment les syndromes dépressifs), fréquents chez la personne âgée, entraînent une perte d'appétit.

4-2-8 Les traitements médicamenteux au long cours

La surconsommation de médicaments par les personnes âgées est responsable de la diminution de la prise alimentaire, en raison du volume d'eau ingéré en début de repas et de la perturbation du goût ou de l'hyposialie.

4-2-9 Les affections aiguës

Qu'il s'agisse d'une infection, d'une destruction tissulaire comme c'est le cas lors d'un infarctus myocardique ou d'un AVC, d'une réparation tissulaire lors de fractures, ou de l'apparition d'escarres, il se met en route un état d'hypercatabolisme.

En l'absence d'augmentation des apports alimentaires, les nutriments indispensables seront prélevés sur les réserves organiques.

4-2-10 La dépendance pour les actes de la vie quotidienne

Les difficultés à la marche sont responsables d'une diminution des possibilités d'approvisionnement, de préparation culinaire et d'alimentation.

4-2-11 Les régimes restrictifs

Bon nombre de ces régimes sont anorexigènes. Ce risque nutritionnel est sans doute aggravé par le battage médiatique qui est fait autour des graisses et du cholestérol, message parfaitement reçu par cette tranche d'âge, soucieuse de sa santé.

4-2-12 Les problèmes socio-environnementaux

L'isolement social est fréquent, surtout lorsque la personne vit seule à son domicile. Elle prépare de moins en moins à manger et perd l'appétit. Ainsi, le risque de dénutrition chez les personnes vivant seules est de 21% contre 4 à 7,5% dans le cas inverse. (Étude SOLINUT). De plus, le deuil, les difficultés financières, une hospitalisation peuvent favoriser une dénutrition.

4-3 Comment reconnaît-on le patient dénutri ?

A l'officine, il faut être très vigilant face à certaines plaintes du patient ou certaines situations à risque.

La personne âgée peut évoquer des revenus insuffisants : en parlant avec elle, le pharmacien pourra se rendre compte qu'elle n'achète pas certains produits alimentaires coûteux (viande, poisson,...), ou encore qu'elle fait uniquement deux repas par jour, faute de moyens.

Le patient est seul, dépressif, en perte d'autonomie, physique ou psychique. Il se sent fatigué, réduit ses activités quotidiennes et se plaint de problèmes bucco-dentaires, de troubles de la déglutition, de constipation.

En voyant régulièrement son patient pour la prise de son traitement mensuel, le pharmacien pourra s'apercevoir d'une éventuelle perte de poids : le visage est amaigri et terne, les globes oculaires saillants. Les cheveux sont secs, cassants, ternes et tombent facilement à la moindre traction.

En connaissant les effets secondaires des médicaments, il pourra juger une éventuelle dénutrition sous-jacente.

Un interrogatoire alimentaire peut être entrepris : il révèle si le malade a une alimentation équilibrée, ses préférences alimentaires et ses aversions, la fréquence de ses repas. Une autre méthode consiste à lister toutes les consommations spontanées, y compris les boissons, au cours des dernières 24 heures. Ceci nécessite cependant une bonne collaboration et compréhension du patient, ce qui est difficile chez les personnes souffrant de troubles mnésiques. De plus, un seul jour n'est pas toujours représentatif de l'alimentation spontanée. Dans ce cas, la tenue d'un journal alimentaire semainier pourra être proposée : le recueil des prises alimentaires quotidiennes sera effectué par le sujet, un proche ou le personnel soignant. Cette méthode est parfois lourde et contraignante à mettre en œuvre, surtout si l'on utilise la méthode par pesée, qui est considérée comme étant la référence. [110]

Un test a été mis en place en 1995 : le Mini Nutritional Assessment (MNA). Il est une référence dans les critères de diagnostic et a été retenu dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS). Il contient deux parties : la première correspond au dépistage et se compose de six questions auxquelles correspond un score. Si ce score est inférieur à 11, la deuxième partie du test correspondant à l'évaluation est poursuivie : un nouveau score, ajouté au premier évalue l'état de nutrition : plus il est faible, plus il y a un risque de dénutrition. (Annexe 7)

Enfin, la pesée régulière du patient, le calcul de son IMC, qui peuvent se faire à l'officine, pourront aider le pharmacien dans son évaluation.

L'officinal orientera le patient vers une consultation médicale : des examens cliniques, des mesures anthropométriques (pli cutané, circonférence musculaire brachiale,...), des mesures biologiques (la créatinine urinaire : reflet de la masse maigre, l'albumine), seront réalisés.

Actuellement, la HAS se base sur trois critères principaux pour évoquer une dénutrition : la **perte de poids**, l'**IMC (<21)**, l'**albuminémie (<35g/l)** et le **MNA (<17)**. [111]

4-4 Méthodes thérapeutiques dans le cadre du MAD

La stratégie de prise en charge nutritionnelle est fondée sur le statut nutritionnel du malade et le niveau des apports alimentaires énergétiques et protéiques spontanés. Elle tient compte du type et de la sévérité de la dénutrition et des pathologies sous-jacentes, des handicaps associés, ainsi que de leur évolution prévisible (troubles de la déglutition par exemple). Plusieurs solutions s'offrent lorsqu'un diagnostic a été posé : enrichir l'alimentation, donner des compléments nutritionnels oraux, recourir à la nutrition entérale ou parentérale.

La HAS récapitule la stratégie de prise en charge sous forme d'un tableau (Tableau 18)

Tableau 18 : stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée [112]

	STATUT NUTRITIONNEL : normal	STATUT NUTRITIONNEL : dénutrition	STATUT NUTRITIONNEL : Dénutrition sévère
APPORTS ALIMENTAIRES SPONTANES : Normaux	Surveillance	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation à 15 jours
APPORTS ALIMENTAIRES SPONTANES : Diminués mais supérieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation à 15 jours et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation à 1 semaine et si échec : NE
APPORTS ALIMENTAIRES SPONTANES : Très diminués, inférieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation à 1 semaine et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation à 1 semaine et si échec : NE	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée Réévaluation à 1 semaine

CNO : Compléments nutritionnels oraux (voir ci-dessous)

NE : Nutrition Entérale

Réévaluation : elle comporte :

- le poids et le statut nutritionnel,
- la tolérance et l'observance du traitement,
- l'évaluation de la (des) pathologie(s) sous-jacente(s),
- l'estimation des apports alimentaires spontanés (ingestas).

4-4-1 La complémentation nutritionnelle orale (CNO) [107]

Les compléments nutritionnels oraux sont des préparations nutritives permettant d'avoir, sous un volume restreint, un apport énergétique et/ou protéique important. Ils sont qualifiés par la réglementation d'aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales (ADDFMS). Seuls les produits conformes à l'arrêté du 20 septembre 2000 relatif aux ADDFMS peuvent être pris en charge et inscrits sur la LPPR.

Au départ, ces CNO n'étaient remboursés que pour les malades atteints d'épidermolyse bulleuse dystrophique ou dermolytique, de mucoviscidose, pour les malades dénutris infectés par le VIH, ou atteints de tumeurs, d'hémopathies malignes ou de maladies neuromusculaires. Depuis le JO du 8 août 2008, la prise en charge s'est étendue à tous les patients présentant une dénutrition, quelque soit la pathologie initiale.

A/ Présentation

Ils existent en version sucrée et salée et sous différentes textures :

- Liquides (boissons lactées, jus de fruit, potage) ou semi-liquides (yaourt à boire) : ils se présentent alors en briquette ou en bouteille plastique ;
- Pâteuses (crème, compote) ;
- Poudres à diluer avec du lait ou de l'eau ;
- Plats mixés, prêts à l'emploi ou en poudre à reconstituer : ils sont plutôt destinés aux personnes ayant des troubles de déglutition.
- Pâtes ou semoule.

De nombreux arômes existent.

B/ Composition

Ils se répartissent en trois catégories :

- Les produits polymériques : ce sont les plus utilisés. Ils apportent des protéines, des glucides, des lipides, des minéraux, des vitamines et des oligoéléments, et sont classés en fonction de leur apport protéique et calorique. Ils peuvent être avec ou sans lactose, avec ou sans fibres. Les céréales, les bouillies et plats mixés peuvent contenir du gluten.
- Les produits glucido-protidiques : ils sont dépourvus ou pauvres en lipides. Ils sont composés de protéines animales ou végétales, ou d'hydrolysats de protéines du lactosérum. (Annexe 8)
- Les produits ne contenant qu'un seul macronutriment : on y trouve soit des protéines seules, des glucides seuls ou des lipides seuls.

Il existe également des produits spécifiques, formulés pour des pathologies ciblées : intolérance au glucose, escarres, maladie de Crohn, insuffisance rénale dialysée, cancer, cancer digestif en période péri-opératoire, cancer traité par chimiothérapie et/ou radiothérapie à risque de mucite.

Le tarif de responsabilité est fixé pour chacune des catégories.

C/ Indication

Les CNO doivent être considérés, comme leur nom l'indique, en tant que produits de complément et jamais en tant que produit de remplacement.

Lorsqu'une dénutrition est diagnostiquée, des conseils diététiques doivent être rappelés : l'alimentation doit être variée, adaptée à la dentition du patient, appétissante et équilibrée ; la prise alimentaire répartie en trois repas principaux et dans un environnement agréable et chaleureux. L'alimentation doit être, dans un premier temps, enrichie de manière naturelle, en ajoutant, par exemple, dans les plats quotidiens, du

fromage râpé, du jambon mixé, des poudres de protéines ou des œufs. Des produits épaississants (Gelodiet®, Nutilis®) permettent de réduire les fausses routes en cas de troubles de la déglutition, et des eaux gélifiées (Gelodiet®, Resource Eau Gélifiée®) sont recommandées pour apporter les besoins hydriques nécessaires. Ensuite, en cas d'échec de ces mesures, les CNO peuvent être ajoutés à l'alimentation.

Idéalement, la complémentation devrait apporter au minimum 30g de protéines ou 400 kcal par jour et au maximum 80g de protéines ou 1000kcal par jour. Elle est poursuivie tant que les apports oraux spontanés ne sont pas quantitativement et qualitativement satisfaisants.

Une surveillance quotidienne est nécessaire : le respect de la prescription, l'observance du patient et la tolérance doivent être évalués. De même, une réévaluation hebdomadaire doit être réalisée : elle comprend la réévaluation de l'état nutritionnel, de la pathologie et du niveau des apports oraux spontanés.

4-4-2 La nutrition entérale à domicile

C'est une technique de support nutritionnel qui fournit des nutriments plus ou moins complexes, de manière passive, dans le tube digestif, par l'intermédiaire d'une sonde. Il s'agit du traitement de référence de l'insuffisance orale lorsque le tube digestif est fonctionnel, et il peut être complété ou relayé par la CNO.

A/ Principe de fonctionnement [31]

L'administration nutritionnelle se fait à l'aide d'un matériel médical spécifique :

- une sonde,
- une tubulure,
- un régulateur de débit.

Il existe différents types de sondes, déterminés en fonction de la durée prévue (Figure 47) :

- Pour un traitement de courte durée (moins d'un mois), on utilise des sondes nasales. Elles sont introduites dans le nez et amènent le mélange nutritif :
 - au niveau gastrique (sonde nasogastrique),
 - au niveau duodénal (sonde nasoduodénale),
 - au niveau jéjunale (sonde naso-jéjunale).

Ces sondes nasales, en silicone ou en polyuréthane, peuvent rester en place entre 2 et 6 semaines, sous réserve d'un rinçage avec un grand volume d'eau après chaque utilisation.

Elles ont l'avantage d'être peu traumatisantes pour le patient.

Leur charrière varie de 6 à 16.

- Pour un traitement plus long (plus d'un mois), on peut utiliser :
 - la sonde de gastrostomie : elle est introduite directement dans l'estomac, par chirurgie ou par endoscopie percutanée, par l'intermédiaire d'une stomie, située dans la paroi de l'abdomen.
 - la sonde de jéjunostomie : elle est placée dans le jéjunum et est utilisée surtout dans le cas d'affections néoplasiques oesophagiennes ou gastriques.

Leur charrière varie de 12 à 24.

Au niveau de la stomie, un système avec ballonnet de fixation et valve anti-retour, appelé bouton de gastrostomie, évite le dépassement des tubulures au niveau cutané et améliore le confort du patient. Le ballonnet est rempli avec 5 à 10ml de sérum physiologique pour la tenue de la sonde et il est changé tous les 2 à 4 mois. (Figure 48)

Figure 47 : les différents types de sondes [113]

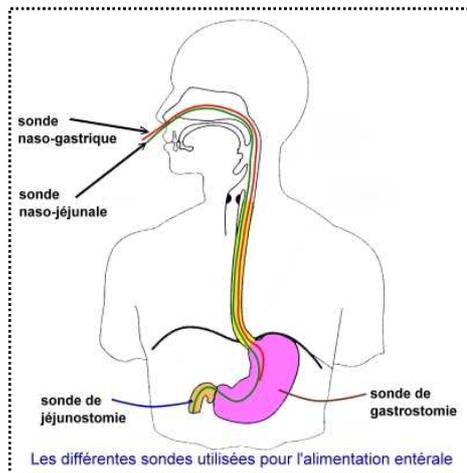


Figure 48 : bouton de gastrostomie [114]



Ces sondes permettent d'éviter la présence prolongée d'une sonde nasale inesthétique, irritante, et pouvant être arrachée par une personne agitée.

Les sondes sont reliées à une tubulure puis à la poche ou à la bouteille de produit nutritif.

Le produit nutritif peut s'écouler :

- par gravité : le débit est réglé par une molette,
- par une pompe fonctionnant à l'électricité : elle est réservée aux personnes présentant des troubles digestifs dus à l'administration par gravité. Elle permet une parfaite régularité du débit. Cependant, l'autonomie de la batterie est faible et, en cas de panne de courant, le patient ne pourra pas s'alimenter. C'est pourquoi, la LPP impose constamment la présence d'une batterie de rechange et exige un système d'alarme de débit sur les appareils.

A domicile, la nutrition entérale cyclique est préférée à la nutrition entérale continue. Elle améliore le sentiment de liberté du malade qui n'est plus relié en permanence à sa pompe, stimule la propre prise en charge du patient, et améliore l'adhésion du malade à son traitement.

B/ Produits nutritifs [115]

Ils sont liquides, prêts à l'emploi, présentés en flacon de verre, en flacon plastique ou en poche souple. La tendance actuelle est le conditionnement en poche de 1,5 litre, bien adapté à la nutrition à domicile car il permet de couvrir 24 heures.

On distingue actuellement :

- Les produits polymériques : ils sont proches de l'alimentation normale, composés de grosses molécules non assimilables en l'état par le tractus digestif et réservés aux personnes ayant un intestin fonctionnel.
- Les produits oligomériques ou semi-élémentaires : ils apportent des nutriments partiellement hydrolysés. L'arrêté du 21 novembre 2003 spécifie qu'ils sont réservés aux situations d'insuffisance pancréatique aiguë, de syndrome du grêle court, aux maladies inflammatoires du grêle et aux syndromes de malabsorption sévère.

Les nutriments apportés sont classés en plusieurs catégories :

- les produits hypocaloriques : ils apportent moins de 1 kcal/mL et sont employés lors de l'initiation ou de l'arrêt d'une nutrithérapie, sur quelques semaines, pour améliorer la tolérance digestive. Ils sont qualifiés de « pré », « low energy », « light » ou de « 0,75 ».

- les produits normocaloriques : ils apportent 1 kcal/mL. Ils sont adaptés au patient ayant une insuffisance d'apport calorique sans situation d'hypercatabolisme (personne âgée qui ne s'alimente plus,...).

L'appellation « standard » ou « iso » les caractérise.

- les produits hypercaloriques : ils apportent de 1,25 à 1,6 kcal/mL. Ils sont adaptés au patient ayant une situation hypercatabolique sans atteinte de la fonction digestive (cancer, escarre, dénutrition sévère,...). Ils sont qualifiés de « energy », « HC », « Plus » ou de « 1,5 ».

- les produits hyperprotidiques : la teneur en protéines couvre au moins 20% de l'apport énergétique. Ils sont adaptés aux situations d'hypercatabolisme, en période post-opératoire, en cas de dénutrition sévère, notamment chez les personnes âgées. Les appellations « HP », « HN », « protein » ou « protein plus », font référence à ces produits.

- les produits enrichis en fibres : ils contiennent entre 5 et 15g de fibres par litre et permettent de maintenir l'équilibre de la flore intestinale lors de l'alimentation entérale au long cours.

De plus en plus, des formules spécifiques se mettent en place afin de répondre à des situations particulières. On retiendra Novasource diabet® (comporte 15g/L de gomme guar pouvant réduire la glycémie en cas de diabète), Novasource GI Control® (prévention et traitement de la diarrhée), Cubison® (riche en micronutriments antioxydants favorisant la cicatrisation en cas d'escarres).

C/ Indications

La nutrition entérale est indiquée chez la personne âgée dénutrie ou à risque de dénutrition, ayant un tube digestif fonctionnel. Elle vient **en seconde intention** en cas d'échec ou d'insuffisance de la prise en charge orale. Cependant, elle peut être utilisée en première intention en cas de nutrition orale impossible ou contre-indiquée (troubles de la déglutition, troubles de la conscience,...) ou lorsqu'il existe une dénutrition sévère avec des apports oraux spontanés trop faibles.

D/ Conditions de prise en charge. [21]

Autrefois à la réserve hospitalière, la nutrition entérale est désormais accessible au pharmacien d'officine et inscrite à la LPP depuis octobre 2000.

Une prescription initiale doit être réalisée lors d'une consultation ou hospitalisation dans un service de soins spécialisé pour une durée de 14 jours. Elle peut être renouvelée au bout de ces 14 jours pour une durée maximale de 3 mois lors de la première année, puis tous les ans. Le renouvellement est subordonné à une évaluation de l'état du patient par le service initiateur.

Il existe, pour la prise en charge, deux types de forfaits hebdomadaires, non cumulables, ainsi qu'un nouveau forfait de première installation, paru au JO du 19/11/2009 (Annexe 9) :

- Un forfait de première installation (1153480) couvrant la fourniture du matériel nécessaire et la prestation de service durant les 14 premiers jours s'ajoutant aux forfaits hebdomadaires,
- Un forfait sans pompe, par gravité : c'est le forfait 1 (1111902),
- Un forfait avec pompe : c'est le forfait 2 (1176876).

Ils correspondent à une prestation globale incluant la fourniture, par le même prestataire, des matériels nécessaires, des nutriments et une prestation de services.

Le forfait 2 comporte normalement une prise en charge en cas d'intolérance à une administration par gravité (ou pour les enfants de moins de 16 ans) mais ceci n'est pas toujours respecté.

La LPP des nutriments et des sondes s'ajoute à ces forfaits. Il en est de même pour la location ou l'achat du pied à sérum (1111782 ou 1146349/1126128), le panier à perfusion (1129434), les boutons de gastrostomie (1154099).

La prise en charge définit des obligations destinées au prestataire :

- Pour le forfait de première installation :
 - *l'organisation du retour à domicile* du patient ;
 - une *visite d'installation* incluant le conseil, l'éducation, les explications au malade et à ses proches. Un livret de NED et un carnet de suivi sera remis au patient.
 - un *appel téléphonique* dans les 48 à 72 heures ;
 - une *visite de fin de prestation* de première installation au bout du 14^{ème} jour.
- Pour le forfait 1 :
 - la *fourniture* du consommable (tubulures, seringues, poches vides) ;
 - les *prestations techniques*: la livraison et la mise à disposition à domicile des matériels, des nutriments (pour une durée de 28 jours), l'information technique correspondante par un personnel compétent, une astreinte téléphonique 24h/24 et 7jours/7 ;
 - les *prestations administratives*: la gestion du dossier administratif du patient, la gestion de la continuité en cas de changement de résidence ;
 - les *prestations générales*: le conseil, l'éducation et la fourniture d'explications au patient et à la famille, une visite d'installation à domicile, une visite de suivi un mois après, puis tous les trois ou quatre mois, la surveillance de la bonne utilisation des nutriments (stockage, date de péremption,...), la participation à la coordination du suivi du patient avec les médecins et les auxiliaires médicaux.
- Pour le forfait 2 : les mêmes obligations que précédemment avec, en plus :
 - la fourniture de la pompe ;
 - la reprise du matériel à domicile ;
 - la désinfection du matériel ;
 - la surveillance de l'état du matériel ;
 - la maintenance technique (respect des exigences d'entretien du constructeur et surveillance de l'état du matériel à domicile) ;
 - la réparation et le remplacement du matériel dans un délai de 12h en cas de panne.

4-4-3 La nutrition parentérale à domicile

Elle est utilisée lorsque la nutrition orale ou entérale est impossible ou si elle a échoué, ou encore suite à des complications (occlusions intestinales, malabsorptions sévères anatomiques ou fonctionnelles).

Du fait de son coût élevé, de sa complexité à mettre en œuvre, de la nécessité d'utiliser une voie veineuse centrale dans la majorité des cas, elle est très peu rencontrée à domicile.

Elle requiert un accès veineux par cathéter central, des conditions d'asepsie rigoureuses et un débit de perfusion stable. Avant tout, cela suppose que le patient soit informé et qu'il soit en pleine possession de ses capacités physiques et psychiques.

Cette technique à risque, notamment infectieux, est à éviter chez la personne âgée.

4-4-4 L'aménagement du domicile par des aides matérielles

Il ne faut pas oublier que la personne âgée dénutrie est affaiblie : l'amaigrissement est constant, les réserves de l'organisme s'épuisent, et ne se reconstituent plus aussi rapidement et efficacement que chez le sujet jeune.

Il est donc important d'évaluer l'état de santé du patient et de fournir les aides matérielles complémentaires à la nutrithérapie.

Nous retiendrons celles qui nous semblent les plus importantes dans ce cas précis :

- le **lit médicalisé** avec relève-buste et relève-jambe : dans le cas d'une nutrition entérale à domicile prolongée, il participera au confort du patient et sera muni de divers accessoires : une potence, une tige porte-sérum, un panier porte-sérum, des barrières, un matelas anti-escarre (en cas de dénutrition avérée, l'escarre lui est associée dans 7,3% des cas, sa survenue est deux fois plus fréquente). [116]

- un **fauteuil de repos** avec coussin anti-escarre ;

- une **canne**, un **déambulateur** ou un **fauteuil roulant** selon le niveau d'autonomie ;

- un **fauteuil garde-robe**, un **urinal** ou des **protections absorbantes** dans le cas d'une incontinence ou si la personne dénutrie est trop faible pour se rendre aux toilettes.

Chaque aide sera évaluée selon les besoins de la personne.

4-4-5 Les aides humaines et sociales [107]

Que ce soient les aidants familiaux ou professionnels, leurs visites régulières au domicile permettront d'évaluer les capacités d'approvisionnement, de préparation du repas et le statut nutritionnel du patient avec des outils simples (pèse-personne, mesure de la circonférence du bras,...). Des brochures élaborées par le *Plan National Nutrition*

Santé (PNNS) mettent en place des repères nutritionnels afin d'aider au mieux la personne âgée à corriger son alimentation. Selon ce guide, quatre points essentiels sont à surveiller : le poids, l'alimentation, l'hydratation et le niveau d'activité. [117]

Le mieux est d'accompagner la personne pour faire ses courses : ceci a l'avantage de la faire marcher un peu, de la remettre dans un circuit social et d'observer si ses achats sont adaptés à son état de santé (plats mixés si problème de mastication ou de déglutition, faciles à réchauffer si problèmes de préparation,...) et s'ils permettent la réalisation d'un menu équilibré.

Dans la mesure du possible, manger avec la personne dénutrie est l'aide la plus efficace : cela permet de rompre la solitude et de discuter de ses problèmes, tout en mangeant. Savoir prendre son temps est une bonne garantie de meilleure consommation alimentaire.

L'aidant devra essayer de soigner la présentation du repas, la table devra être dressée avec soin, les couverts devront être bien mis, faciles à utiliser, les verres facilement prenables en main, de bonne taille et stables, ceci dans le but de donner envie de manger.

Dans certains cas, le portage de repas à domicile peut s'avérer nécessaire. Ceci facilite énormément la vie des personnes seules, ne sachant ou ne pouvant se faire à manger. La difficulté qui peut se poser est que les repas apportés ne correspondent pas au goût de la personne et soient alors peu consommés. C'est pourquoi le Conseil National de l'alimentation souhaite que la livraison s'accompagne d'un contact avec la personne servie et d'une vérification de la consommation de la livraison précédente, ce qui implique une observation des lieux de stockage, incluant le contenu du réfrigérateur, avec l'accord et le concours de la personne bénéficiaire. Enfin, le personnel devrait recevoir une formation spécifique sur le vieillissement et ses conséquences, ainsi que sur le comportement à adopter lors des relations avec les personnes âgées.

4-5 Rôles du pharmacien d'officine

⇒ Résultats de l'enquête

Tous les pharmaciens que j'ai interrogés (100%) estiment que la CNO est la plus souvent retrouvée à l'officine.

En discutant avec eux, j'ai pu m'apercevoir que la plupart d'entre eux associaient toujours des conseils lors de la délivrance des compléments.

Concernant la nutrition entérale, la prescription initiale établie, dans la plupart des cas, suite à une hospitalisation, est remise à la famille avec une liste des personnes à contacter, liste sur laquelle figurent rarement les pharmaciens d'officine. Pourtant, notre rôle est d'accompagner nos patients quelque soit l'évolution de la maladie et de contribuer à l'amélioration de son quotidien.

- ⇒ Conduite à tenir : il s'avère nécessaire d'ajouter des conseils appropriés, que ce soit sur les habitudes alimentaires, la prise de CNO ou encore la nutrition entérale. Ceci dans le but d'aider au maximum le patient dans son quotidien, mais aussi pour valoriser notre profession et montrer que l'officinal peut s'occuper de la prise en charge la personne dénutrie à domicile.

4-5-1 Les conseils sur les habitudes de vie

En tant qu'interlocuteur de santé, le pharmacien a un véritable rôle d'écoute et de conseils vis-à-vis de ses patients. Face à une personne âgée, dont l'aspect physique et/ou psychique l'interpelle, il se doit d'entamer un dialogue avec elle et de lui apporter quelques conseils simples qui lui permettraient de mieux manger :

- Pratiquer une activité physique : l'officinal peut proposer des objectifs réalistes compte tenu de l'état de santé de son patient et de son état physique, sans excès, en trouvant une activité faisable, ni trop longue ni trop fatigante, pour ne pas le décourager.
- Se peser régulièrement : le pharmacien doit rappeler à son patient qu'il est indispensable d'avoir une balance chez soi, et de se peser sans chaussures, à la même heure et dans la même tenue, au moins une fois par mois. Dans certaines situations, par exemple, après une hospitalisation ou une infection, ou encore une déshydratation, il est conseillé de se peser au moins une fois par semaine.
- Bien s'hydrater : inciter le sujet âgé à boire au moins 1 à 1,5 L d'eau par jour. Le pharmacien pourra fournir quelques astuces, comme acheter des petites bouteilles d'eau, plus faciles à manipuler que les grandes, et en placer une en évidence pour penser à boire davantage. Si la personne a bon appétit mais ne boit pas beaucoup, il faut alors l'inciter à consommer des aliments apportant beaucoup d'eau, comme les fruits (tomates, melon,...), le fromage blanc, les sorbets, etc.
La personne âgée se réveille souvent dans la nuit pour aller aux toilettes : on lui conseillera d'éviter de boire à partir de la fin d'après-midi et davantage le matin, au déjeuner et en début d'après-midi.
Le pharmacien devra également rappeler les situations où il sera nécessaire d'augmenter ses apports en eau : fièvre, chaleur, prise de certains médicaments.
- Améliorer le plan de prise des médicaments : certains médicaments peuvent modifier le goût des aliments, ou entraîner une sécheresse buccale, qui peut gêner la déglutition. D'autres peuvent donner des troubles digestifs, avec une sensation d'estomac plein avant le repas, car ils sont pris avec un ou deux verres d'eau. Dans ce cas, le pharmacien pourra essayer de modifier le moment de prise des médicaments afin de ne pas couper l'appétit.

- Favoriser une alimentation conviviale, appétissante (plats suffisamment relevés), équilibrée : une personne âgée devrait manger de tout, sans se priver, en fractionnant son alimentation en 4 voire 5 prises par jour, c'est-à-dire en 3 repas principaux et 1 ou 2 collations. Le PNNS indique des repères concernant le type d'aliments et la quantité que la personne âgée devra consommer chaque jour pour être bien nourrie. (Figure 49)

Figure 49 : Repères du PNNS pour les personnes à domicile [107]

Fruits et légumes	Au moins 5 par jour	À chaque repas et en cas de petit creux Crus, cuits, nature ou préparés Frais surgelés ou en conserve 1 fruit pressé ou 1 verre de jus de fruits « sans sucre ajouté » au petit déjeuner ou au goûter
Pains et autres aliments céréaliers, Pommes de terre, légumes secs	À chaque repas selon l'appétit	Privilégier la variété : pain, riz, pâtes, semoule, blé, pommes de terre, lentilles, haricots, châtaignes... Favoriser les aliments complets : pain complet, pâtes et riz complets...
Lait et produits laitiers	3 ou 4 par jour	Jouer sur la variété Privilégier les produits nature et les produits les plus riches en calcium, les moins gras et les moins salés : lait, yaourt, fromage blanc...
Viandes, poissons et produits de la pêche, œufs	1 à 2 fois par jour	Viande : privilégier la variété des espèces et les morceaux les moins gras Poisson : au moins 2 fois par semaine, frais, surgelé ou en conserves Limiter les préparations frites et panées Penser aux abats
Matières grasses ajoutées	En limiter la consommation	Privilégier les matières grasses végétales (huile d'olive, de colza, de noix...) Favoriser la variété Limiter les graisses d'origine animale (beurre, crème...)
Produits sucrés	En limiter la consommation	À consommer surtout au cours des repas et des collations Attention aux boissons sucrées (sodas, sirops, boissons sucrées à base de fruits, nectar...) et aux bonbons Attention aux aliments gras et sucrés (pâtisseries, viennoiseries, crèmes dessert du commerce, chocolat, glaces, barres chocolatées...)
Boissons	De l'eau à volonté 1 à 1,5 litre par jour	Eau : en cours et en dehors des repas Limiter les boissons sucrées Boissons alcoolisées : ne pas dépasser, par jour, 2 verres de vin (de 10 cl.) pour les femmes et 3 pour les hommes. 2 verres de vin sont équivalents à 2 demis de bière ou 6 cl. d'alcool fort
Sel	En limiter la consommation	Préférer le sel iodé Saler sans excès : ne pas resaler avant de goûter Réduire l'ajout de sel en cuisinant et dans les eaux de cuisson Limiter la consommation de produits gras et salés : charcuterie, produits apéritifs salés... Ne pas manger sans sel sans prescription médicale
ACTIVITE PHYSIQUE	Au moins l'équivalent de 30 minutes de marche par jour, chaque jour	Intégrer dans la vie quotidienne : l'activité sous toutes ses formes (marche, vélo, jardinage...) et les activités sportives (gymnastique, yoga, natation...) Pour qu'elle soit profitable, faites de l'activité physique par période d'au moins 10 minutes

4-5-2 A propos des CNO

L'officinal se trouve également au 1^{er} plan dans la délivrance des CNO : il doit connaître les produits existants et rappeler les règles de conservation, de distribution et de consommation, afin de favoriser l'observance.

- Fixer soigneusement l'horaire de prise : il faut essayer de consommer les CNO au minimum dans les 2 heures précédant un repas mais éviter de les proposer dans les 2 heures suivant un repas, en raison de la réplétion gastrique. Le milieu de matinée, de l'après-midi ou la soirée est un moment propice pour la prise, le but étant de ne pas couper l'appétit du sujet.

- Respecter les règles de conservation : garder le CNO, avant ouverture, dans un endroit sec, à température ambiante, puis 24h au maximum au réfrigérateur après ouverture.
- Connaître les modalités de consommation : servir frais les CNO sucrés, possibilité de réchauffer certains boissons (chocolat, café) au bain-marie ou au four à micro-ondes, servir chauds les CNO salés : diluer avec de l'eau chaude les plats à reconstituer ou réchauffer au bain-marie ou au four à micro-ondes les plats prêts à l'emploi.
- Penser à varier les arômes et les textures pour éviter la lassitude et adapter les saveurs aux goûts des personnes. Il est aussi possible de modifier l'arôme d'un produit de goût neutre ou vanillé par différents parfums (chocolat en poudre, café, caramel,...) pour améliorer la consommation.
- Adapter les CNO aux handicaps éventuels (ouvrir et insérer la paille, perforer l'emballage, transférer le contenu dans un verre adapté,...).
- Encourager la consommation : le pharmacien qui connaît l'entourage de son patient pourra lui suggérer de vérifier régulièrement que les CNO prescrits sont bien consommés.
- Livraison à domicile : si la personne âgée vit seule à son domicile, la livraison des CNO par le pharmacien lui permettrait de vérifier lui-même la consommation de ces compléments et les habitudes alimentaires de son patient.

4-5-3 A propos de la nutrition entérale [118-119]

Concernant la nutrition entérale, le pharmacien doit participer à un maximum de formations pour conseiller son patient afin de l'aborder dans les meilleures conditions :

- Inciter le patient à se mettre en position semi-assise pendant l'administration de l'alimentation et dans les 2 heures qui suivent, afin d'éviter le reflux gastro-œsophagien.
- Vérifier plusieurs fois par jour le bon positionnement de la sonde : nettoyer le point de pénétration de la gastrostomie à l'eau et au savon, éviter les pansements occlusifs, contrôler la position nasale de la sonde et vaseliner la narine, vérifier l'état de la peau : en cas de rougeurs, de suintements, de fuites du contenu gastrique sur la peau, il est nécessaire de consulter son médecin.
- Rincer la sonde avant et après le passage des aliments : le volume d'eau à injecter est généralement prescrit et il suffit de connecter une bouteille ou une poche d'eau à la tubulure.

La nutrition entérale nécessite du matériel qu'il faut savoir maîtriser et une mauvaise utilisation peut engendrer des problèmes auxquels le pharmacien devra répondre :

- Une des complications les plus fréquentes est la présence de diarrhées. Elles peuvent être dues à l'arrivée trop brutale ou en trop grande quantité du liquide nutritif dans l'intestin grêle, mais aussi à de mauvaises conditions d'hygiène ou encore à une concentration trop forte du mélange utilisé.
⇒ Il faut alors diminuer le débit de la pompe, respecter les règles simples d'hygiène (bien se laver les mains), ou choisir un produit nutritif de plus faible concentration.
- S'il s'agit d'une constipation, ceci peut venir d'un produit inadapté, d'une mauvaise hydratation ou d'un manque d'exercice physique.
⇒ Conseiller alors les produits enrichis en fibres, d'augmenter le volume d'eau et de pratiquer un minimum d'activité physique.
- Un autre problème, plus rare, pouvant survenir est la pneumopathie d'inhalation : elle est due à une inhalation massive de solution de nutrition, souvent liée à une malposition de la sonde. Chez le sujet âgé, la nutrition entérale par sonde nasogastrique est responsable de 43% des pneumopathies d'inhalation.
⇒ L'installation en position semi-assise, la surveillance du bon positionnement de la sonde, le ralentissement du débit, l'emploi de sondes naso-jéjunales ou encore la pose de stomies permettent de réduire ce phénomène.
- Si la sonde est bouchée, cela peut être dû à un rinçage insuffisant :
⇒ Il faut alors rappeler que la sonde doit être rincée impérativement avant et après chaque passage de produit et toutes les 4 heures en cas de nutrition continue. Il est conseillé de malaxer la sonde entre les doigts puis de la rincer avec de l'eau tiède, mais de ne jamais passer un fil métallique à l'intérieur afin d'éviter une détérioration.
- Si la sonde est arrachée :
⇒ Appeler le médecin ou l'infirmière et appliquer en attendant une compresse stérile sur la stomie.

4-5-4 La place du pharmacien dans le PNNS [110]

Dès l'année 2004, la loi de santé publique avait fixé ses objectifs pour l'année 2008, à savoir réduire de 20% le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries, à domicile comme en institution. Cette loi, ayant pour but de limiter le passage à la dépendance, est venue renforcer le PNNS. En avril 2006, un premier bilan du PNNS 1 souligne que l'apport principal de ce programme aura été le développement d'outils de

dépistage de la dénutrition et de formation. Le PNNS 2, programmé pour la période 2006-2010, prévoit des actions en direction des professionnels de santé en ville, dans lesquelles le pharmacien peut trouver sa place :

- le développement de formations sur la détection du risque et du dépistage de la dénutrition ;

- la mise en place de systèmes d'alerte s'appuyant sur les services sociaux, les services de soins à domicile, les infirmières libérales, les aides ménagères, les porteurs de repas à domicile ;

- l'intégration systématique d'un diététicien au sein de tous les réseaux de soins ;

- la diffusion d'outils de communication, d'information et d'éducation nutritionnelle aux personnes âgées et aux aidants ;

- la mise en place des formations sur la prévention, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition dans les EHPAD avec le médecin coordonnateur pour les personnels de santé et les aidants.

4-6 Conclusion

Ainsi, le pharmacien d'officine fait partie des professionnels de santé indispensables à la bonne réussite de la stratégie nutritionnelle mise en œuvre par les médecins, et il va, grâce aux différents moyens évoqués, aider au mieux ses patients. Il devra notamment s'inscrire au maximum dans les recommandations et programmes visant à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur un déterminant essentiel qu'est la nutrition.

5-Les problèmes respiratoires chez la personne âgée

5-1 Généralités

5-1-1 Le vieillissement de l'appareil respiratoire [59]

Plusieurs modifications anatomiques s'observent au fur et à mesure du vieillissement de l'appareil respiratoire :

- la cage thoracique se rigidifie ;
- le poumon est plus flasque et plus distensible : les canaux alvéolaires et les bronchioles se dilatent, entraînant une diminution du nombre d'alvéoles et de la surface utile ;
- la mobilité des cils vibratiles diminue : associée à la baisse de l'efficacité de la toux du fait de la rigidité de la cage thoracique, on comprend la gravité de l'infection pulmonaire ;

- la paroi pulmonaire s'épaissit : il existe une réduction du lit capillaire pulmonaire ;
- la capacité vitale (volume de gaz expiré lors d'une expiration forcée suivant une inspiration maximale) diminue ;
- le volume maximal expiré par seconde (VEMS) diminue : il fait suite à la diminution de la compliance thoracique et à la faiblesse des muscles expirateurs ;
- la pression partielle artérielle en oxygène diminue : elle passe de 95 torrs à 20 ans, à 75 torrs à 70 ans. Elle est liée à la perte de la surface alvéolaire, à l'altération de la circulation pulmonaire et aux modifications de la cage thoracique.

Tout ceci entraîne, à un moment donné, des troubles de la mécanique ventilatoire. Dès qu'une pathologie pulmonaire ampute quelques litres de la réserve fonctionnelle qui lui reste, le sujet âgé sera précipité dans l'insuffisance respiratoire, d'où l'intérêt de l'oxygénothérapie.

5-1-2 Les indications de l'oxygénothérapie

L'objectif principal de l'oxygénothérapie est de restaurer l'oxygénation sanguine et de traiter ou de prévenir les symptômes et manifestations cliniques d'une hypoxie tissulaire chronique. Par oxygénothérapie, il faut comprendre l'administration d'oxygène gazeux à une concentration qui dépasse celle de l'air (21%).

A domicile, l'oxygène est utilisé exclusivement sous forme normobare, la forme hyperbare nécessitant un caisson hyperbare pour le transport, comme il en existe dans des camions de pompiers.

L'emploi de l'oxygène chez les personnes âgées peut s'avérer nécessaire dans de nombreux cas : l'insuffisance respiratoire aiguë, l'insuffisance respiratoire chronique essentiellement due aux bronchopneumonies chroniques obstructives (BPCO), l'insuffisance cardiaque (le moindre effort déborde les possibilités cardiaques : une dyspnée et une cyanose apparaissent) ; les algies vasculaires de la face (AVF) caractérisées par une douleur temporo-orbitale, irradiant vers le front et la joue ou le cou et la région occipitale sont, quant à elles, plus souvent rencontrées chez l'adulte jeune. Les bronchopneumopathies chroniques obstructives sont les indications principales pour lesquelles l'administration d'oxygène a été démontrée.

5-2 Les différentes formes d'oxygène à l'officine [31]

- ✓ L'oxygène gazeux en bouteille : les bouteilles sont en acier ou en alliage léger à base d'aluminium. Elles comportent de l'oxygène pur à 99,5% selon les exigences de la Pharmacopée. La pression à l'intérieur des bouteilles, lorsqu'elles sont pleines, est de 200 bars à 15°C. Un manodétendeur, placé à la sortie, permet de réduire la pression de l'oxygène à 2-3 bars pour la délivrance au patient. Un débitmètre permet de régler le débit d'oxygène en fonction de la prescription médicale. Cependant, l'importance du volume du stockage, le risque d'explosion et la nécessité d'un ravitaillement régulier et fréquent, font que cette forme est peu utilisée à domicile, notamment chez les personnes âgées. (Figure 50)

Figure 50 : représentation d'une bouteille d'oxygène [120]



- ✓ Les concentrateurs : ce sont des dispositifs médicaux capables de fournir de l'air suroxygéné. Un débitmètre permet de régler le débit selon la prescription. Ils disposent également d'une alarme qui se déclenche si la concentration en oxygène est insuffisante. Le concentrateur est dépendant de l'électricité et est muni de roulettes pour le déplacer facilement d'une pièce à l'autre. Ce dispositif constitue la forme la plus économique et la plus pratique pour l'utilisation à domicile. Il ne présente aucun danger de stockage et peut être transporté aisément. Il est conseillé de détenir une bouteille d'oxygène à proximité en cas de panne de courant. (Figure 51)

Figure 51: un concentrateur [121]



- ✓ L'oxygène liquide : il est stocké, à la température de -183°C , sous faible pression et sous un volume réduit, dans des récipients à double paroi, séparées par du vide et des feuilles de matières isolantes. A domicile, le patient dispose :
- d'une cuve munie de roulettes, restant à domicile ;
 - d'un réservoir portable pour la déambulation, qui peut se porter en bandoulière ou être placé sur un chariot. Le patient remplit lui-même le réservoir portable par simple connexion sur la cuve pendant quelques minutes.
- L'avantage réside dans la facilité de déambulation mais la déperdition d'oxygène reste importante, même en l'absence d'utilisation. (Figure 52)

Figure 52 : un système d'oxygène liquide



5-3 Prescription et prise en charge [21]

Tout médecin peut prescrire de l'oxygène, qu'il soit généraliste ou spécialiste, et même dermatologue. Dans le cadre des AVF, la prescription doit être faite par un neurologue, un oto-rhino-laryngologiste ou un médecin exerçant dans une structure de prise en charge de la douleur chronique rebelle. Il en est de même pour le renouvellement.

La prescription devra comporter : le débit d'oxygène, le temps de prise journalier et une éventuelle déambulation.

La LPP reconnaît deux types d'oxygénothérapie :

- A long terme : elle s'adresse aux insuffisants respiratoires chroniques graves, nécessitant au moins 15 heures d'oxygénothérapie par jour.
- A court terme : dans les autres cas ; la durée du traitement, dans ce cas, est limitée à un mois, renouvelable deux fois.

La LPP prévoit cinq forfaits :

- Forfait 1 : forfait hebdomadaire pour l'oxygénothérapie à long terme en poste fixe (code LPP : 1136581) ;
- Forfait 2 : forfait hebdomadaire pour l'oxygénothérapie à long terme, intensive ou de déambulation : oxygène liquide (code LPP : 1130220) ;
- Forfait 3 : forfait hebdomadaire d'oxygénothérapie à court terme (code LPP : 1128104) ;
- Forfait 28 : oxygénothérapie, algies vasculaires de la face, prestation hebdomadaire (code LPP : 1135392) ;
- Forfait 29 : oxygénothérapie, algies vasculaires de la face, forfait de livraison (code LPP : 1165967).

Dans le cas de l'utilisation d'un concentrateur, le remboursement forfaitaire est fixé à 2,20€TTC par semaine, mais uniquement dans le cas des malades à long terme.

Les forfaits comprennent la fourniture du matériel mais la LPP limite le nombre de dispositifs médicaux à fournir pour chaque cas et qui pourra être pris en charge. En ce qui concerne les dispositifs dispensateurs d'oxygène, les lunettes à oxygène sont les plus utilisées. Le renouvellement doit se faire à raison de deux ou trois par mois.

Une demande d'entente préalable (DEP) est obligatoire dans trois cas :

- Pour l'oxygénothérapie à long terme après accord du médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie, celle-ci est valable un an au maximum. Souvent, les patients concernés doivent être pris en charge immédiatement et, dans ce cas, la DEP peut être différée.
- Pour le renouvellement d'oxygène à long terme.
- Pour la prise en charge du traitement de l'apnée du sommeil, en association à une oxygénothérapie.

La DEP comporte quatre volets : les trois premiers doivent être adressés au médecin conseil du service du contrôle médical de l'organisme d'assurance maladie dont dépend l'assuré, le dernier volet étant conservé par le prescripteur. Après décision de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, le troisième volet sera remis au prestataire.

Cependant, certains critères demandés sur cette DEP ne sont plus vraiment justifiés, principalement pour l'oxygénothérapie à long terme, si bien que la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) travaille aujourd'hui sur la suppression de la DEP au profit d'une ordonnance sécurisée.

5-4 Attitude du pharmacien face aux différentes demandes

⇒ Résultats de l'enquête

Lorsque j'ai demandé aux pharmaciens s'ils avaient des demandes d'oxygénothérapie à l'officine :

La majorité (10 sur 20) a répondu « peu souvent », 4 pharmaciens ont répondu « jamais », tandis qu'un pharmacien a répondu « souvent ». En effet, pour la plupart des officinaux, faire de l'oxygénothérapie représente « trop de contraintes ».

J'ai ensuite voulu savoir quelle forme d'oxygène était le plus souvent prescrite, le concentrateur a été cité dans 9 cas, la forme gaz dans 2 cas et la forme liquide dans 1 cas.

L'officinal ayant des demandes régulières d'oxygène possède un local approprié tandis que tous les autres non.

- ⇒ Conduite à tenir : devant les différentes formes d'oxygène existantes, il est important de connaître les caractéristiques de chaque source afin de répondre aux besoins du patient. Nous allons voir que faire de l'oxygénothérapie n'est pas sans contraintes ; le pharmacien doit néanmoins trouver sa place.

Comme nous l'avons vu précédemment, différentes formes d'oxygène sont disponibles, avec leurs avantages et leurs inconvénients. (Tableau 19)

Tableau 19 : Avantages et inconvénients des différentes sources d'oxygène

	Gaz	Liquide	Concentrateur
Bruit	faible	faible	élevé
Autonomie	oui	oui	non
Coût	moyen	élevé	faible
Perte	nulle	conséquente	nulle
Praticité	mauvaise	correcte	correcte
Stock	fort	moyen	faible
Déambulation	difficile	facile	difficile
Débit	illimité	6L/min	5L/min
Inconvénient	pression	froid	électricité

Dans le cas de l'oxygénothérapie à court terme, le fournisseur doit être en mesure de répondre aux besoins du patient, en fonction de la place disponible dans son logement, de son autonomie, de ses préférences.

L'appareillage délivré est directement lié à celui qui est pris en charge dans la LPP. Il y aura donc une classification en fonction du type d'oxygénothérapie.

Ceci est résumé dans le tableau suivant (Tableau 20).

Tableau 20 : Détermination de la source à utiliser en fonction de la prescription et de l'utilisation de l'oxygène pour les insuffisants respiratoires

Patient recevant de l'oxygène pour la 1 ^{ère} fois	Oxygénothérapie à court terme	Oxygénothérapie à long terme			
		Débit de gaz < 5L/min			Débit de gaz > 5L/min
Concentrateur + bouteille d'oxygène de secours ou bouteilles d'oxygène sous forme gazeuse (forfait 3)	Concentrateur + bouteille d'oxygène de secours (forfait 3)	Déambulation		Non déambulation	Oxygène liquide (forfait 2)
		Déambulation < 1h/ jour	Déambulation > 1h/jour	Concentrateur + bouteille d'oxygène de secours (forfait 1)	
		Concentrateur + bouteille de secours + bouteille de 0,4m ³ (forfait 1)	Oxygène liquide (forfait 2)		

Tout ceci paraît bien encadré par la LPP mais ces volumes et traitements sont au départ probabilistes et sans arrêt réévalués jusqu'à une certaine régularité d'utilisation par le patient et une stabilité de sa maladie.

5-5 Rôles du pharmacien dans l'oxygénothérapie à domicile [123-124]

Actuellement en France, on estime à 80 000 personnes le nombre de personnes utilisant de l'oxygène à domicile, quelle que soit la technique utilisée. Seuls 10 à 20% sont pris en charge à l'officine. En effet, s'occuper intégralement d'un patient sous oxygène est un enjeu de taille puisque les BPDO (Bonnes Pratiques de Dispensation de l'Oxygène) imposent certaines recommandations :

- le matériel doit être installé au domicile du patient et prêt à l'emploi. Une vérification doit être effectuée pour s'assurer que l'environnement permet de remplir les conditions de sécurité relatives à l'utilisation d'oxygène, comme par exemple une vérification sur les sources de chaleur présentes dans le domicile, l'aération des lieux,...

Une attestation d'installation est obligatoire, signée par le patient et remise au pharmacien ou à un prestataire.

- le pharmacien met à disposition un livret patient reprenant les consignes de sécurité et d'utilisation. Il doit assurer une permanence téléphonique 24h/24 et 7j/7. L'intervention au domicile, si elle est nécessaire, doit être effectuée dans les délais qu'impose la situation décrite, y compris sur le plan psychologique, et compte tenu de l'autonomie respiratoire du patient.

- la LPP prévoit des prestations administratives, parmi lesquelles la gestion du dossier administratif du patient et de la continuité des prestations, avec éventuellement un autre distributeur, en cas de changement temporaire de résidence.

- la surveillance de l'état du matériel à domicile, la réparation ou le remplacement dans un délai de douze heures en cas de panne pour les patients disposant d'un concentrateur, doit être effectuée.

- la livraison et le délai de renouvellement pour l'oxygène gazeux ou liquide doivent se faire dans les 24 heures.

- des visites à domiciles sont obligatoires. Elles ont pour but de surveiller le respect des consignes de sécurité, la bonne utilisation des matériels, l'observance du traitement, grâce aux compteurs équipant les concentrateurs, et pour les sources gazeuses et liquides, par la fréquence des livraisons et le renouvellement du matériel. Les visites sont réalisées par le pharmacien responsable de la structure dispensatrice, dans le 1^{er} mois de l'installation pour tout patient recevant de l'oxygène gazeux ou liquide plus de 15h par jour, à la demande du patient, du médecin traitant ou de la propre initiative du prestataire, à chaque grand changement de débit, de durée de prise, de source ou en cas de nouvelle prescription de déambulation et à chaque incident. Un compte rendu de visite à domicile est rempli par le pharmacien et signé par le patient ou son entourage. Il est conseillé de le conserver à l'officine pour prouver son action. (Annexe 10)

Cinq items sont abordés : observance de la prescription médicale, conformité de l'installation avec la prescription, conformité de l'installation avec les normes de sécurité, connaissance par le patient des règles de sécurité et utilisation de l'appareillage par le patient.

5-6 Conclusion

Ainsi, assurer un service d'oxygénothérapie à domicile n'est pas sans contraintes, et l'on voit ici toute la difficulté à mettre ce service au sein d'une officine. Cependant, l'oxygène a bien un statut de médicament et devrait être dispensé comme tel. Face au développement de grandes structures spécialisées dans ce domaine, le pharmacien doit apporter une valeur ajoutée par sa compétence incontestée dans le domaine de la santé.

6- La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)

6-1 Généralités [125-126]

Le terme « dégénérescence maculaire liée à l'âge » ou « DMLA » recouvre un ensemble de pathologies proches ayant en commun des altérations pigmentaires, des dépôts de matériels biologiques, et la possibilité de complications atrophiques ou néovasculaires au niveau de la rétine.

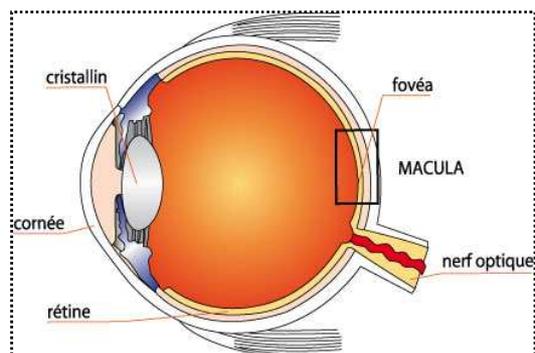
Actuellement en France, on compte environ 1 000 000 de patients touchés par la DMLA. Sa prévalence augmente avec l'âge : près d'une personne sur 3 après 75 ans et 1 sur 2 après 80 ans seraient atteintes. La maladie provoque environ 3000 nouveaux cas/an de cécité et constitue la première cause de handicap visuel chez les séniors. En utilisant les projections INSEE pour la population française et en l'absence de modification notable du taux de prévalence, on peut estimer que le nombre de cas va augmenter de 50% d'ici vingt ans et doubler d'ici trente ans.

6-2 Physiopathologie

L'œil est constitué de diverses parties (Figure 53) :

- la cornée, partie externe, qui assure une protection contre les micro-organismes ainsi que la transmission et la réfraction de la lumière ;
- l'iris, qui module la quantité de lumière atteignant la rétine ;
- le cristallin, responsable de l'accommodation ;
- la rétine, qui tapisse la partie postérieure de l'œil. Elle est constituée d'un épithélium pigmentaire reposant sur une membrane : *la membrane de Bruch*. Elle transforme les images reçues en signaux nerveux qu'elle transmet au cerveau via le nerf optique ;
- la macula, occupant la partie centrale de la rétine et transmettant 90% de l'information visuelle traitée par le cerveau.

Figure 53 : Coupe schématique de l'œil [127]



Avec le vieillissement, des modifications s'installent dans la rétine : épaissement de la membrane de Bruch, calcification progressive de la couche élastique, infiltration lipidique, dépôts vésiculaires. Bien que leur évolution ne se fasse pas systématiquement vers l'apparition d'une DMLA, leur présence constitue un risque justifiant une analyse soigneuse et une surveillance précise.

On distingue deux formes de DMLA :

- La forme sèche ou atrophique : les cellules de l'épithélium pigmentaire de la rétine disparaissent progressivement ; elle représente 80% des cas.
- La forme humide ou exsudative : des néovaisseaux apparaissent dans la région maculaire ; elle représente 20% des cas mais est d'évolution rapide.

6-3 Facteurs de risque

❖ Facteurs de risque constitutionnels

- Facteurs génétiques : certains gènes ont été impliqués dans la survenue de la DMLA mais la complexité de ces facteurs multiples rend difficile l'information des patients.
- Facteurs hormonaux : une étude (étude de Rotterdam) a montré un risque plus élevé de la maladie chez les femmes ménopausées après ovariectomie. [128]
- Facteurs cardiovasculaires : les données concernant l'hypertension artérielle et les complications de la DMLA mettent en évidence un effet délétère de l'HTA sur l'évolution de la forme néovasculaire. [125]

❖ Facteurs de risque environnementaux

- L'alcool : en provoquant un stress oxydatif et en favorisant l'athérosclérose, son incidence avait été démontrée sur la DMLA. Cependant, la plupart des études actuelles n'ont retrouvé aucune association statistique.
- Le tabac : après l'âge et les facteurs génétiques, il est à la troisième position des facteurs de risque. Ainsi, un fumeur a un risque relatif de 2,0 ou plus d'être touché par la DMLA par rapport à un non-fumeur.
- L'exposition lumineuse : les effets délétères à long terme de l'exposition lumineuse sur les photorécepteurs et l'épithélium pigmentaire rétinien ont été mentionnés dans de nombreuses études expérimentales.
- Les lipides : la Beaver Dam Eye Study a montré que les sujets ayant des apports importants en graisses saturées et en cholestérol avaient un risque plus élevé de présenter une DMLA. [129]

6-4 Comment reconnaître le patient atteint de DMLA ?

Le pharmacien doit connaître les signes cliniques propres à l'apparition de la maladie, afin, d'une part, de sensibiliser le patient sur ces symptômes, sur le retentissement des actes de la vie quotidienne, et d'autre part, de l'adresser à un médecin pour qu'il établisse un diagnostic.

Quatre catégories de symptômes, isolés ou associés, sont définies :

- Une diminution de la sensibilité au contraste. Le patient se plaint alors du manque d'éclairage pour lire, les images paraissent plus ternes du fait de l'altération de la vision des couleurs.
- La baisse d'acuité visuelle, qui est à l'origine de difficultés de perception des détails. Les problèmes de lecture en sont évocateurs.
- Une déformation des lignes droites qui peuvent paraître ondulées.
- L'apparition d'un scotome central, c'est-à-dire d'une tâche noire au centre du champ visuel.

L'officiel orientera alors le patient vers un ophtalmologiste qui pratiquera dans un premier temps un fond d'œil puis d'autres examens plus spécifiques, comme la Tomographie par Cohérence Optique (OCT).

6-5 Aides matérielles nécessaires

⇒ Résultats de l'enquête

Tous les pharmaciens que j'ai questionnés affirment qu'ils n'ont jamais été sollicités pour la prise en charge d'un patient atteint de DMLA.

Lorsque j'ai demandé les aides techniques qui pourraient être délivrées pour améliorer le quotidien du patient, je n'ai obtenu aucune réponse de leur part.

- ⇒ Conduite à tenir : même si la LPP ne prévoit pas de prise en charge pour le matériel nécessaire au patient atteint de DMLA, il existe néanmoins des aides techniques adaptées. L'aménagement du domicile doit être également adapté aux besoins du patient.

La diminution de la vision centrale se manifeste dans toutes les situations où la vision des détails est nécessaire et peut affecter la vie quotidienne. L'indépendance des patients est limitée car elle est susceptible d'entraîner l'arrêt de la conduite d'un véhicule, des difficultés à faire des achats dans un magasin et à reconnaître des

personnes dans la rue. Le risque de chutes s'accroît, de ce fait, le confinement au domicile et l'isolement social sont plus fréquents.

Au domicile, il est important de veiller à ce que l'éclairage soit suffisant dans chacune des pièces afin de faciliter les déplacements. Les couleurs des portes, des pièces, des chaises, des tables, pourront être intensifiées afin d'en faciliter le repérage. Des bandes lumineuses pourront être fixées au niveau des marches et de la rampe de l'escalier afin de diminuer le risque de chutes, notamment lors d'un lever nocturne.

Dans la chambre, un interrupteur ou une lampe de chevet doit être placé à proximité du lit et les tapis, enlevés.

Dans la mesure du possible, tous les objets et accessoires utilisés par la personne ou par le personnel soignant devront être remis à leur place afin que le malade les retrouve facilement. [130]

A l'officine, du matériel adapté à la baisse de la vision est disponible : [102-131-132]

- ✓ **Les cannes blanches** : elles sont généralement faites d'aluminium ou de plastique, pliantes ou non. Certaines sont munies de capteurs électroniques qui signalent l'apparition d'un obstacle par une simple vibration ou une note musicale, d'autant plus aiguë que l'obstacle est proche : elles nécessitent cependant une formation encadrée avant leur utilisation. Elles permettent aux malvoyants, non seulement de se repérer dans leur environnement, de faciliter leur locomotion en évitant les obstacles, mais aussi d'indiquer leur handicap aux autres personnes, par la couleur blanche de la canne. Elles sont remboursées à l'achat selon le code 1206880 de la LPP (à l'exception des cannes électroniques qui n'ont pas de prise en charge).
- ✓ **Les lampes basses vision** : elles envoient un flux lumineux intense de type lumière du jour, homogène, pouvant augmenter les performances visuelles. Elles présentent également un faible échauffement pour une utilisation près de la tête et des yeux.
- ✓ **La lampe de lecture Luana** : incorporée à la potence du lit, elle donne une excellente luminosité sans émettre de chaleur.
- ✓ **Les lunettes filtre** : elles existent pour le soleil ou la lecture ou la télévision. Elles se placent sur les lunettes de vue et permettent de renforcer les contrastes.
- ✓ **Le miroir grossissant**.
- ✓ **La loupe** : elle est simple de manipulation et peu chère, et existe sous plusieurs formes : à main, à poser (évitant la mise au point et les tremblements), éclairante ou non selon les modèles. Il existe aussi maintenant des systèmes plus perfectionnés mais plus coûteux : la loupe électronique portable (elle permet la reproduction de texte ou d'images sur un écran), l'acti loupe (agrandisseur

électronique couleur qui se connecte sur un téléviseur via une prise péritel).
(Figures 54 et 55)

Figure 54 : la loupe électronique [131]



Figure 55 : L'acti loupe [131]



- ✓ **Le téléphone à grosses touches** : certains sont également parlants pour une facilité d'utilisation, d'autres sont connectés à un système de télé-alarme, permettant la numérotation téléphonique en cas d'urgence. Orkyn propose également un boîtier mémoire à neuf grosses touches personnalisables avec une photo ou une étiquette pour appeler facilement la famille, les amis, le médecin, les urgences,.... (Figure 56)

Figure 56 : Mémoire Box 9 (Orkyn) [133]



- ✓ **Les autocollants grosses touches** : pour coller sur les claviers d'ordinateur, les télécommandes, les calculatrices, afin d'en améliorer la lecture.

A part les cannes blanches, toutes ces aides techniques ne sont pas remboursées.

Pour le matériel plus spécialisé, le patient pourra être orienté vers son opticien. Des systèmes plus perfectionnés seront mis à disposition, tels qu'un verre de forte puissance placé sur une monture de lunettes. Les systèmes télescopiques pour leur part, sont composés d'une association de lentilles, et sont utilisés en vision de loin

sur une monture, ou à la main, et s'équipent d'un système additionnel pour la vision de près. [134]

6-6 Rôles du pharmacien

6-6-1 La prévention de la maladie

Dans la fiche technique du Cespharm intitulée rôle du pharmacien face aux affections oculaires, l'Ordre des pharmaciens indique que : « si la prise en charge des affections oculaires relève principalement des compétences d'un ophtalmologiste, des symptômes parfois gênants incitent le patient à solliciter le pharmacien en première intention. Le plus souvent bénignes, les plaintes oculaires peuvent être l'expression de maladies graves et urgentes. Le pharmacien doit donc pouvoir discerner les signes de gravité, connaître les limites de son domaine d'intervention et prodiguer des conseils adaptés ». [135]

Il est important, dans un premier temps, de mettre à disposition des patients les moyens nécessaires à la diminution voire à l'éviction des facteurs de risques. L'arrêt du tabac, les conseils hygiéno-diététiques et la protection solaire sont autant de sujets pour lesquels le pharmacien est consulté quotidiennement.

A propos de la protection oculaire, la norme NF EN 170 de février 2003 donne une classification des verres en cinq catégories de filtration lumineuse : les verres les plus clairs sont de catégorie 0 et ceux de la catégorie 4 sont quasi-opaques.

Le pharmacien doit être capable de conseiller une catégorie de verre solaire en fonction des paramètres d'utilisation énoncés par son patient, tenant compte des situations météorologiques, géographiques et saisonnières. Le patient devra être aussi informé de l'existence d'une signalétique permettant de l'informer sur les catégories de filtration, qui n'a de valeur que si elle est accompagnée du logo CE, indiquant la conformité du produit aux exigences essentielles des directives et normes européennes.

Depuis quelques années, nombreux sont les laboratoires (Bausch & Lomb®, Théa®,...) qui proposent des compléments alimentaires à visée oculaire. Ils se composent de divers éléments : essentiellement des vitamines, des oligoéléments et des acides gras. Ces produits sont prescrits par les ophtalmologistes, les généralistes, voire demandés directement aux pharmaciens. Il est donc important pour le pharmacien de connaître les propriétés des différents composants sur l'amélioration de l'acuité visuelle. Un régime alimentaire équilibré comprenant ces éléments pourra être proposé :

- ✓ La consommation de légumes quatre fois par semaine : on y trouve notamment les xanthophylles, lutéine et zéaxanthine.

- ✓ La consommation d'un fruit et d'une crudité à chaque repas : la vitamine C y est en quantité importante.
- ✓ La consommation de produits issus de la mer (huîtres, coquillages, crustacés) deux fois par semaine : pour la teneur en zinc.
- ✓ La consommation d'huiles végétales pour les assaisonnements de salade : elles contiennent essentiellement de la vitamine E.
- ✓ La consommation de poissons gras au moins deux fois par semaine : elle apporte les oméga-3 indispensables.

Ce régime aura pour rôle la protection contre le vieillissement rétinien ainsi qu'une certaine stabilité des lésions chez les patients atteints de DMLA.

6-6-2 Le pharmacien face au patient atteint de DMLA

Au cours de l'évolution de la maladie, le pharmacien doit adopter les attitudes et les gestes qu'il réalise quotidiennement et mécaniquement avec d'autres patients, aux capacités visuelles restreintes de la personne atteinte.

La perte de la fixation centrale entraîne une incapacité à lire les petites lettres dans un document comme une ordonnance médicale. Il est alors recommandé de faire une lecture de l'ensemble de la prescription, sans omettre la date ni le nom du prescripteur, afin que le patient et le pharmacien soient en accord avec les produits et quantités devant être délivrés.

Puis, lorsque les médicaments sont sur le comptoir, il peut être proposé au patient des moyens d'identifier plus facilement les boîtes. Le nom du médicament, sa posologie, sa sphère d'application, voire les dates de péremption peuvent être inscrits sur chaque boîte en gros caractères. Pour éviter toute erreur d'administration, il est nécessaire de limiter le changement de conditionnement des médicaments (couleur, taille, nom du laboratoire) : à ce titre, la délivrance de médicaments génériques est à discuter au cas par cas et le changement de laboratoire est à proscrire.

De plus, le pharmacien devra être particulièrement attentionné sur les conseils d'utilisation des produits qu'il délivre puisque le patient aura des difficultés à se reporter à la notice et ses petits caractères. Il ne faut pas hésiter à transcrire les conseils oraux directement sur papier en utilisant de gros caractères. L'utilisation de *Pharmabaille* peut permettre de compléter la délivrance effectuée par le pharmacien. Il s'agit d'un service créé en 1995 par l'association Handicapzéro, permettant à toute personne aveugle ou malvoyante d'obtenir des notices en braille, en caractères agrandis, et audio, des médicaments dont elle a besoin. Près de 3000 notices adaptées sont disponibles, provenant de plus de 80 laboratoires. L'obtention de ces notices peut se faire par le site internet www.pharmabaille.fr ou en appelant le numéro vert (0800 39 39 51). [136]

Enfin, le pharmacien pourra proposer à son patient de lui remplir un pilulier. Sinon, il rangera de façon ordonnée les médicaments dans un sac afin que le malade puisse identifier facilement les boîtes lors du déballage. Si le patient doit effectuer un paiement, il ne faut pas hésiter à proposer de remplir les chèques ou identifier les pièces de monnaie qui, souvent, ne sont plus différenciables.

6-6-3 L'orientation vers des aides humaines et sociales

Concernant les personnes âgées, il est parfois difficile d'être à l'aise avec l'utilisation de nouvelles technologies comme Internet. Le pharmacien doit donc être capable de fournir les coordonnées d'associations ou de réseaux spécialisés dans la DMLA afin d'apporter des informations sur la maladie, ainsi qu'un soutien moral.

Au niveau national, les associations « DMLA » et « Rétina France » sont les deux associations de référence pour les patients et leur entourage. Régulièrement, elles contribuent au côté du syndicat national des ophtalmologistes de France et de la société française d'ophtalmologie, à l'élaboration du Guide à l'usage des patients et de leur entourage. [137-138]

Leurs missions s'équivalent quelque peu : prenons l'exemple de la plus récente, l'association « DMLA ». Créée en 2003, elle compte désormais plus de 1500 patients adhérents et 110 ophtalmologistes. [139]

Ses trois principales missions sont :

- Informer le grand public, notamment par le numéro vert 0800 880 660 ;
- Créer un réseau de professionnels de santé, notamment ophtalmologistes. Le 29 juin de chaque année, lors de la journée nationale de dépistage de la DMLA, ils reçoivent gratuitement les patients à leur cabinet pour mieux faire connaître la maladie et augmenter le nombre de patients bénéficiant d'un diagnostic ;
- Aider la recherche médicale et scientifique sur la DMLA.

Les réseaux de santé spécifiques de la DMLA sont très peu nombreux mais les réseaux chargés de la basse vision se développent de plus en plus. Celui des Pays de la Loire, créé en 2003, est un des plus aboutis. L'objectif prioritaire de ce réseau est d'organiser et de coordonner une réadaptation fonctionnelle de qualité et de proximité tant sur le plan sanitaire que médico-social. Il regroupe des professionnels de santé tels que des ophtalmologistes, orthoptistes, opticiens et des rééducateurs associés à des psychologues et des assistants sociaux qui accompagnent les patients déficients visuels. A ce jour, aucun réseau « basse vision » ne comporte de pharmacien au sein de son équipe pluridisciplinaire.

6-7 Conclusion

Ainsi, la prévention et l'éducation des patients occupent une place importante dans la prise en charge de la DMLA. Le pharmacien est un acteur indiscutable de la prévention, du suivi thérapeutique et du conseil en équipement de matériel médical. On peut donc imaginer que les réseaux « basse vision », encore récents, compteront prochainement dans leurs équipes pluridisciplinaires des pharmaciens qui compléteront la prise en charge globale des patients.

Chapitre 6 :
La prise en charge de
l'entourage du patient à
domicile

1- L'information et le soutien de l'entourage

1-1 La famille au cœur de la prise en charge

Selon de récentes études de la DREES, 75% des bénéficiaires de l'APA sont aidés par leurs proches, avec un investissement horaire en moyenne deux fois supérieur à celui des aidants professionnels. Cette aide repose fréquemment (71%) sur un aidant unique, le plus souvent sur le conjoint et plus particulièrement sur les femmes (pour six bénéficiaires sur dix) [140]. La famille s'avère donc être très sollicitée dans la prise en charge d'un proche à domicile. Le médecin devra toujours discuter avec l'entourage du maintien à domicile de son patient. Il informera la famille de son état, des aides techniques nécessaires et de sa « mission », si elle l'accepte. Il lui expliquera aussi toute nouvelle mesure adoptée selon le stade d'évolution de la maladie ou de la dépendance et l'orientera vers des aides professionnelles, matérielles et financières.

1-2 L'aide apportée à la famille

L'aide familiale s'inscrit dans une relation de réciprocité et d'échanges familiaux avec le malade. Elle lui permet de garder ses repères, d'être plus en confiance et plus à l'aise dans des gestes de la vie quotidienne. De plus, la famille connaît parfaitement son vécu, ses goûts, ses hobbies,... et semble, à première vue, plus à même de s'occuper de lui. Cependant, tout ceci n'est pas aussi simple. S'occuper d'un malade demande du temps, de la patience, de la compréhension et de l'écoute. Certains gestes, à des stades plus évolués de la dépendance, nécessitent la présence d'un professionnel de santé. La charge de l'aidant s'alourdit avec l'évolution de la maladie : elle est dépendante du degré d'autonomie du patient et des manifestations affectives et comportementales associées. Cette charge devient souvent insupportable et entraîne une rupture dans la relation d'aide, dans un contexte parfois dramatique. Il est nécessaire de repérer les signes avant-coureurs de cette rupture et de ne pas hésiter à demander une aide professionnelle pour éviter d'arriver à ce stade. Un soutien psychologique de l'entourage est souvent indispensable : des programmes d'aide à la famille peuvent alors être proposés. Ils s'appuient sur des actions éducatives, sur la participation à des groupes de parole ou de soutien, voire sur le recours aux placements temporaires, aux hospitalisations ou aux accueils de jour. Des associations de patients, pour la plupart spécifiques à une pathologie, accompagnent le malade et sa famille, et donnent des informations utiles. Les coordonnées des associations existantes sont consultables sur le site Internet www.annuaire-aas.com.

Dans ce contexte, il semblerait donc judicieux de toujours associer aide familiale et professionnelle dans le maintien à domicile, pour éviter à la fois une trop grande

professionnalisation de certaines situations et une trop lourde charge portée par l'entourage. A ce titre, des Conférences de famille ont permis d'évoquer ce travail délicat d'accompagnement. Entre autres, la conférence de 2006 prévoit un congé de « soutien familial » de 3 mois, renouvelable un an, qui n'est pas rémunéré mais qui permet à l'aidant de conserver ses droits à la retraite. De plus, un guide de l'aidant familial (disponible sur le site www.famille.gouv.fr) a été mis en place et réunit des informations et des conseils sur les droits de l'aidant et de son proche. [141]

2- Les alternatives au maintien à domicile [142]

2-1 La prise en charge occasionnelle [143]

2-1-1- L'hôpital de court et de moyen séjour

Dans le cas où l'hospitalisation est justifiée par l'état de santé de la personne âgée, l'hôpital est le premier maillon de la chaîne du maintien à domicile pour plusieurs raisons :

- son rôle sanitaire de diagnostic et de soins contribue à rétablir l'état de santé du patient le plus rapidement possible ;
- son rôle social avec la préparation du retour à domicile en concertation avec la personne, sa famille, et les équipes d'aide et de soins à domicile.

Cependant, ceci nécessite une parfaite connaissance du patient, de sa pathologie, de ses antécédents, de sa situation sanitaire, sociale et financière. Il ne faut pas organiser un retour à domicile trop tôt, s'il pose problème. Une liaison entre l'hôpital et le domicile est essentielle : une coordination locale, sous forme par exemple d'un Centre local d'information et de coordination (CLIC), permet un dialogue entre les différents partenaires et la personne âgée, et portera sur l'aménagement du domicile, les aides techniques, le protocole d'intervention des équipes, afin d'organiser au mieux le retour à domicile.

Cela permet aussi à la personne à domicile de rompre son mode de vie habituel et, à la famille, de bénéficier d'un peu de répit.

L'admission requiert une prescription du médecin traitant ou hospitalier qui doit préciser la nature, la fréquence et la durée de prise en charge. Le transport du domicile à l'hôpital de jour est effectué par la famille ou par un VSL : le transport et les soins sont pris en charge par l'Assurance Maladie.

2-1-2 Les accueils de jour

L'accueil de jour, comme son nom l'indique, accueille des gens à la journée, tous les jours de la semaine ou simplement quelques fois par semaine.

Il s'agit de structures autonomes ou rattachées à une organisation déjà existante : maison de retraite, service hospitalier. Elles permettent de poursuivre les soins, de faire participer les personnes âgées à des activités thérapeutiques et sociales (animations, loisirs,...). Il existe des accueils tous publics ou pour population spécifique, comme aujourd'hui les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. [144]

En 2002, sur 3600 places existantes, le Gouvernement avait programmé 7000 places supplémentaires, qu'il a revues à la hausse après la canicule de 2003, soit 8500 places supplémentaires toutes destinées aux malades Alzheimer. [145]

Il n'y a, en principe, pas de prise en charge sauf, exceptionnellement, par l'aide sociale, dans le cadre d'un conventionnement particulier, ce qui réserve l'accès aux plus fortunés.

2-1-3 Les accueils de nuit

L'hébergement pour une ou plusieurs nuits est proposé le plus souvent à partir d'un établissement existant et contribue au répit des aidants familiaux impliqués dans le soutien à domicile d'un parent âgé en perte d'autonomie.

La qualité de l'accueil et le bien-être des usagers nécessitent l'inscription dans la structure d'accueil la plus proche du domicile afin de favoriser l'appropriation des lieux.

2-1-4 Les hébergements temporaires

Les hébergements temporaires sont encore appelés « appartements relais ». Le mot « relais » indique bien qu'il s'agit de la continuité du projet de maintien à domicile, en dehors du domicile. Ils sont dits aussi « de répit » signifiant, là aussi, que les aidants habituels, notamment familiaux, ont besoin de prendre du recul de temps en temps.

La circulaire 2002-222 donne cette définition : « L'hébergement temporaire est une formule d'accueil limitée dans le temps. Il s'adresse aux personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis du fait d'une situation de crise, isolement, absence des aidants, départ en vacances, travaux dans le logement, etc. Il peut également s'utiliser comme premier essai de vie en collectivité avant l'entrée définitive en établissement, ou servir de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation, mais ne doit pas se substituer à une prise en charge de soins de suite ». Ces structures sont indépendantes ou rattachées à un hôpital ou à une maison de retraite.

Les durées d'accueil sont variables : 15 jours, 3 semaines, voire plus, renouvelable une ou deux fois dans l'année suivant les règles de fonctionnement de l'établissement.

Le point noir de ces hébergements est leur coût : on estime entre 42 et 67 € la journée, complètement à la charge du patient (certaines caisses de retraite peuvent néanmoins accorder une contribution).

2-2 Les institutions d'hébergement

2-2-1 Les services de long séjour

Il s'agit d'unités hospitalières dont la mission est d'héberger et de dispenser des soins sur une longue durée, à des personnes ayant perdu leur autonomie de vie, et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. La difficulté de prise en charge est liée à un manque de place (délais d'attente important) et au manque de moyens, notamment en personnel.

Dans ce cas, les soins sont pris en charge par l'Assurance Maladie, mais l'hébergement et les repas sont à la charge de la personne âgée ou de sa famille.

2-2-2 Les maisons de retraite

Il s'agit d'un hébergement collectif pour les personnes âgées, offrant un ensemble de prestations comprenant à la fois le logement, le repas et divers services spécifiques (ménage, restauration, animations,...). La personne conserve le libre choix de son médecin traitant et des intervenants libéraux. Les conditions d'admission varient d'une maison de retraite à une autre : âge minimum ou maximum, état de santé, admission ou non d'animaux,....

60% d'entre elles sont publiques : elles appartiennent à la commune ou au département et sont placées sous l'autorité d'un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), de l'Assistance publique ou d'un centre hospitalier. Elles sont moins onéreuses que les structures privées qui sont gérées soit par des mutuelles, des caisses de retraite ou des associations, mais, dans ce cas, le délai pour obtenir une place est souvent de plusieurs mois.

Si l'établissement est public ou privé conventionné, le prix de journée est fixé par le Conseil Général. Il peut alors recevoir des personnes ayant un faible revenu pour lesquelles le prix de journée sera pris en charge par l'aide sociale.

Certaines maisons de retraite sont médicalisées : elles emploient du personnel médical assurant les soins infirmiers et paramédicaux, accueillant des personnes âgées dont l'état de santé nécessite des soins et une surveillance médicale accrue. L'Assurance Maladie verse alors un forfait journalier destiné aux soins requis par la dépendance. Ce forfait peut être limité (forfait soin) ou plus élevé (forfait de cure médicale).

2-2-3 Les foyers logements

Ils sont destinés aux personnes âgées, autonomes ou légèrement dépendantes, capables de vivre dans des logements indépendants, type F1 ou F2. Des maîtresses de maison assurent jour et nuit la vie de la maison et l'aide aux personnes. Des espaces communs sont à la disposition des personnes : salle à manger, animations,.... Les personnes âgées sont locataires ou propriétaires de leur appartement.

2-2-4 Les maisons d'accueil

- Les MAPA (Maison d'Accueil pour Personnes Agées) : elles accueillent des personnes âgées en perte d'autonomie, incapables de vivre seules à domicile, mais ne nécessitant pas de prise en charge médicale. Les repas, la blanchisserie, les animations, fonctionnent en mode collectif. Pour les soins, le résident fait appel au monde libéral.
- Les MARPA (Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées) : elles sont développées par la Mutualité Sociale Agricole et accueillent des personnes âgées en perte d'autonomie. Le résident vit dans un appartement, non loin de son domicile, et participe aux tâches collectives (cuisine, tâches ménagères, jardinage). Les frais de séjour sont à la charge du résident et les soins sont assurés par des intervenants médicaux libéraux et remboursés à l'acte.
- Les MAPAD (Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes) : elles s'adressent en priorité aux personnes ayant besoin d'une aide permanente pour réaliser les gestes de la vie quotidienne. Grâce à un personnel spécialisé, elles permettent la prise en charge de personnes en perte d'autonomie physique et/ou psychique.

Actuellement, on ne parle pratiquement plus de MAPAD mais d'**EHPAD** (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) : ce sont des établissements médico-sociaux ayant signé une convention tripartite avec le Conseil général et l'Autorité compétente pour l'Assurance Maladie. Les frais d'hébergement sont à la charge du patient ou de la famille ; le tarif dépendance (comprenant les aides à l'habillage et à la toilette, aux repas, les produits pour incontinence,...) est évalué selon la grille AGGIR et est, en partie, pris en charge par le Conseil Général. Depuis l'article 45 de la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2009 intitulé « Réintégration des dépenses de médicaments dans le tarif soins des EHPAD », la prise en charge des médicaments se fait sous la forme d'un forfait, ce qui soulève de vives controverses à l'heure actuelle.

2-2-5 Les unités de soins de longue durée (USLD)

Elles sont réservées aux personnes ayant perdu leur autonomie et nécessitant une surveillance médicale permanente, des soins continus et un suivi médical conséquent. Ces unités s'organisent au sein de structures d'hospitalisation, des maisons de retraite ou de structures autonomes. La Sécurité Sociale prend en charge les dépenses de soin mais ne rembourse ni l'hébergement ni les repas.

2-2-6 Les familles d'accueil

Une personne handicapée ou une personne âgée a la possibilité d'être hébergée à titre payant dans une autre famille que la sienne. Cette famille doit être agréée par le Conseil Général qui délivre un agrément pour l'accueil de une à trois personnes au maximum. L'accueil doit permettre un suivi médico-social de la personne et garantir sa protection et sa sécurité.

Un contrat type prévu par décret, signé des deux parties, fixe leurs droits et obligations ainsi que les conditions matérielles et financières.

Les personnes accueillies doivent bénéficier des prestations suivantes :

- une chambre d'une superficie de 9m² minimum ;
- l'accès à des sanitaires confortables et adaptés, à proximité immédiate ;
- une restauration complète ;
- l'entretien des effets personnels et de la chambre ;
- l'aide et l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne ;
- les soins élémentaires d'hygiène ;
- la participation à la vie familiale, dans la mesure du possible.

Ceci est à la charge de la personne âgée mais, selon ses ressources, elle peut bénéficier d'une prise en charge par l'aide sociale, l'aide personnalisée au logement ou l'allocation logement à caractère social.

2-2-7 Les CANTOU

Les Centres d'Animations Naturels Tirés d'Occupations Utiles sont des structures accueillant une dizaine de personnes souffrant de troubles du comportement ou de démence telle que la maladie d'Alzheimer. Le personnel d'encadrement est formé à la prise en charge de personnes âgées désorientées et partage la vie des résidents. Ces structures sont autonomes ou intégrées à des maisons de retraite.

Des activités centrées sur la vie domestique permettent la participation de tous (résidents, famille, personnel soignant), mais les soins médicaux sont assurés par des infirmiers ou des médecins libéraux.

Le tarif journalier est à la charge du patient, excepté les soins médicaux.

Ainsi, lorsque certaines situations à domicile s'aggravent et ne nécessitent pas pour autant l'hospitalisation permanente de la personne (absence de l'aidant principal pour cause professionnelle ou personnelle,...), ces alternatives interviennent comme le complément indispensable pour le maintien à domicile à long terme. Ceci constitue une aide physique et morale à l'entourage, mais n'est pas toujours accessible, faute de places disponibles et de moyens financiers. Le pharmacien devra connaître les principales structures afin d'orienter le patient ou l'entourage vers l'alternative la mieux adaptée à la situation physique, psychique et financière de la personne et de sa famille.

CONCLUSION

Si la France compte aujourd'hui plus de 10 millions de personnes ayant plus de 65 ans, ce chiffre ne va cesser d'augmenter au fil des décennies. Il en va de même pour le nombre de personnes âgées dépendantes. La prévention de cette dépendance et l'allongement de la durée de vie sont des enjeux de taille pour notre société. Vivre à domicile, quand c'est un choix et que cela est possible, améliore la qualité de vie de la personne âgée qui vit dans son environnement, avec ses repères et ses habitudes. Bien sûr, il faut mettre en place toute une organisation pour soigner correctement le malade, l'aider, l'entourer et adapter son domicile si nécessaire.

A l'heure où le monopole, la propriété et le numérus clausus structurant l'exercice de la pharmacie d'officine sont contestés en bloc par ceux qui voudraient faire croire que la pharmacie n'est qu'un commerce profitable à une caste de nantis, il est temps, pour le pharmacien de mettre en avant son rôle de professionnel de santé au premier plan. Plus que jamais, il doit montrer qu'il est un praticien de terrain et que ses intérêts premiers sont la santé publique et l'accompagnement pharmaceutique de ses patients.

En 2006, le marché du maintien à domicile représente 2,8 milliards d'euros. C'est un secteur avec une croissance annuelle à deux chiffres, en moyenne 10 à 15%. Une vraie démarche de services, où les officines ont une carte à jouer. Et qui est à la portée de tout officinal motivé. La progression des besoins du MAD, consistant à louer ou à vendre de l'appareillage médical au domicile des patients, est estimée à 3% par an. C'est donc un marché en plein essor avec une visibilité à long, voire très long terme, dégagée, exploité par de nombreux concurrents. L'officinal peut et doit y trouver sa place.

De par sa proximité, son écoute, ses connaissances et ses compétences, il doit s'imposer et s'impliquer personnellement dans le maintien à domicile de son patient.

En ayant une connaissance du système de demande de l'APA et des services d'aide à la personne, l'officinal peut orienter les personnes âgées et leurs aidants vers des structures adaptées. A un certain stade de dépendance, un placement en institution devient souvent nécessaire : il faut éviter qu'il soit réalisé dans une atmosphère de crise et d'urgence, avec parfois des réactions d'agressivité et de rejet d'un entourage jusqu'ici tolérant. Quelque soient les affirmations et engagements de l'entourage familial, il faut savoir aborder avec lui dès le début de l'évolution de la maladie, l'idée du placement en institution. Il faut pouvoir déculpabiliser les proches et préparer le patient à cette éventualité. Les structures d'accueil temporaire permettent une adaptation progressive à la vie en institution. Elles permettent aussi à l'aidant d'être soulagé et d'éviter l'épuisement souvent observé.

La solution pour l'officinal aujourd'hui est d'intégrer un réseau de santé : son rôle ne sera que valorisé par de tels investissements car il pourra travailler en collaboration avec d'autres professionnels en mettant à profit ses compétences dans un climat d'aide sociale. Ceci n'est pas toujours chose facile car il est parfois mal organisé. Nous pouvons réfléchir ici sur les missions de demain afin de constituer un réseau de soins idéal dans lequel le pharmacien aura sa place :

- définir les objectifs et la population cible : il faut éviter les consultations multiples afin de diminuer les dépenses et cibler les personnes âgées. On s'orientera donc vers un réseau gérontologique ;
- obtenir une structure à statut juridique et médical pour le MAD ;
- prendre en charge le patient dans sa globalité, en établissant ses besoins somatiques, psychiques et sociaux mais aussi faire de la prévention ;
- travailler avec toutes les catégories socioprofessionnelles sans oublier les agents administratifs,... ;
- intégrer complètement la famille dans le réseau ;
- attribuer un référent au patient qui serait chargé du suivi et de la coordination ;
- créer des réseaux selon un découpage géographique (par exemple un réseau pour 1000 personnes âgées de 60 ans et plus), afin que même les personnes habitant dans des zones reculées puissent accéder au réseau.
- attribuer une plus grande importance à la communication : les acteurs doivent se réunir régulièrement pour réévaluer les besoins des patients ;
- apporter une aide financière à la création de nouveaux réseaux.

Ceci permettrait donc une meilleure organisation des réseaux, dans lequel le pharmacien participera, toujours dans le but d'une amélioration de la qualité de vie du patient.

Avec le vieillissement de la population, les pathologies se surajoutent, les dépenses s'accroissent. Répondant à la fois à une volonté politique, économique et sociale, le maintien à domicile se doit d'être organisé et encadré. L'officinal occupe une place importante dans la prise en charge de son patient à domicile : c'est ainsi, que pour la première fois, depuis septembre 2008, le groupe de protection sociale complémentaire D&O propose la « Domissimo Box », boîtier branché sur la ligne téléphonique du domicile du patient, proposant une touche « mon pharmacien », permettant d'être accompagné et suivi par le conseil et l'assistance de son pharmacien [146]. Ceci, en expérimentation dans plusieurs officines, montre que l'officine peut être une porte d'entrée pour de nouvelles missions qui restent à définir.

Prévention, éducation, dépistage, implication auprès d'autres professionnels de santé intervenant dans le MAD : autant de rôles que le pharmacien aura à développer dans les années à venir afin de garantir la pérennité de l'officine.

ANNEXE 2

L'échelle ADL, d'après [148]

Echelle ADL		Première évaluation Date : Score :	Deuxième évaluation Date : Score :	Troisième évaluation Date : Score :
Hygiène corporelle	-Autonomie	1	1	1
	-Aide partielle	1/2	1/2	1/2
	-Dépendant	0	0	0
Habillage	-Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage	1	1	1
	-Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage mais a besoin d'aide pour se chauffer	1/2	1/2	1/2
	-Dépendant	0	0	0
Aller aux toilettes	-Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite	1	1	1
	-Doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller	1/2	1/2	1/2
	-Ne peut aller aux toilettes seul	0	0	0
Locomotion	-Autonomie	1	1	1
	-A besoin d'aide	1/2	1/2	1/2
	-Grabataire	0	0	0
Continence	-Continent	1	1	1
	-Incontinence occasionnelle	1/2	1/2	1/2
	-Grabataire	0	0	0
Repas	-Mange seul	1	1	1
	-Aide pour couper la viande ou peler les fruits	1/2	1/2	1/2
	-Dépendant	0	0	0

1=Indépendance 0=Dépendance

ANNEXE 3

L'échelle IADL, d'après [148]

1. Aptitude à utiliser le téléphone

- (1) 1. Se sert normalement du téléphone
- (1) 2. Compose quelques numéros très connus
- (1) 3. Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément
- (0) 4. N'utilise pas du tout le téléphone spontanément
- (0) 5. Incapable d'utiliser le téléphone

2. Les courses

- (1) 1. Fait les courses normalement
- (0) 2. Fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats : trois au moins)
- (0) 3. Doit être accompagné pour faire des courses
- (0) 4. Complètement incapable de faire des courses

3. Préparation des aliments

- 0. Non applicable: n'a jamais préparé des repas
- (1) 1. Prévoit, prépare et sert normalement les repas
- (0) 2. Prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis
- (0) 3. Réchauffe et sert des repas préparés ou prépare des repas mais de façon plus ou moins adéquate
- (0) 4. Il est nécessaire de lui préparer des repas et de les lui servir

4. Entretien ménager

- 0. Non applicable: n'a jamais eu d'activités ménagères
- (1) 1. Entretien sa maison seul ou avec une aide occasionnelle
- (1) 2. Effectue quelques tâches quotidiennes légères telles que: laver la vaisselle, faire des lits
- (1) 3. Effectue quelques tâches quotidiennes mais ne peut maintenir un état de propreté normal
- (1) 4. A besoin d'aide pour les travaux d'entretien ménager
- (0) 5. Est incapable de participer à quelque tâche ménagère que ce soit

5. Blanchissage

- 0. Non applicable: n'a jamais effectué de blanchissage
- (1) 1. Effectue totalement son blanchissage personnel
- (1) 2. Lave les petits articles, rince les chaussettes, les bas...
- (0) 3. Tout le blanchissage doit être fait par d'autres

6. Moyens de transport

- (1) 1. Utilise les transports publics de façon indépendante ou conduit sa propre voiture
- (1) 2. Organise ses déplacements en taxi, mais autrement n'utilise aucun transport public
- (1) 3. Utilise les transports publics avec l'aide de quelqu'un ou accompagné
- (0) 4. Déplacement limité, en taxi ou en voiture avec l'aide de quelqu'un

7. Responsabilité à l'égard de son traitement

- (1) 1. Est responsable de la prise de ses médicaments (doses et rythmes corrects)
- (0) 2. Est responsable de ses médicaments si des doses séparées lui sont préparées à l'avance
- (0) 3. Est incapable de prendre seul ses médicaments même s'ils lui sont préparés à l'avance

8. Aptitude à manipuler l'argent

- 0. Non applicable: n'a jamais manipulé l'argent
- (1) 1. Gère ses finances de façon autonome (rédaction de chèques, loyer, factures, opérations à la banque), recueille et ordonne ses revenus
- (1) 2. Se débrouille pour les achats quotidiens mais a besoin d'aide pour les opérations à la banque, les achats importants...
- (0) 3. Incapable de manipuler l'argent

1 = Indépendance 0 = Dépendance

ANNEXE 4

Dispositifs médicaux et prescripteurs

LISTE DES DISPOSITIFS

I - Prescription ne nécessitant pas l'information préalable au médecin traitant désigné par le patient

1. Articles pour pansement :

- compresses stériles ou non ;
- filet tubulaire de maintien des pansements élastique ou non ;
- jersey tubulaire de maintien des pansements élastique ou non ;
- bandes de crêpe et de maintien : coton, laine, extensible
- coton hydrophile, gaze et ouate ;
- sparadraps élastique et non élastique ;

2. Cerceaux pour lit de malade :

3. Dispositifs médicaux pour le traitement de l'incontinence et pour l'appareil urogénital :

- étui pénien, joint et raccord ;
- plat bassin et urinal ;
- dispositifs médicaux et accessoires communs pour incontinents urinaires, fécaux et stomisés : poches, raccord, filtre, tampon, supports avec ou sans anneau de gomme, ceinture, clamp, pâte pour protection péristomiale, ceinture, tampon absorbant, boucl de matières fécales, ceinture, collecteur d'urines ;
- dispositifs pour colostomisés pratiquant l'irrigation ;
- nécessaire pour irrigation colique ;
- sondes vésicales pour autosondage et hétérosondage.

4. Dispositifs médicaux pour perfusion à domicile :

a) Appareils et accessoires pour perfusion à domicile :

- appareil à perfusion stérile non réutilisable ;
- panier de perfusion ;
- perfuseur de précision ;
- accessoires à usage unique de remplissage du perfuseur ou du diffuseur portable ;
- accessoires à usage unique pour pose de la perfusion au bras du malade en l'absence de cathéter implantable : aiguille épicroténienne, cathéter périphérique, prolongateur, robinet à trois voies, bouchon Luer Lock, adhésif transparent

b) Accessoires nécessaires à l'utilisation d'une chambre à cathéter implantable ou d'un cathéter central tunnelisé :

- aiguilles nécessaires à l'utilisation de la chambre à cathéter implantable ;
- aiguille, adhésif transparent, prolongateur, robinet à trois voies ;

c) Accessoires stériles, non réutilisables, pour hépariner : seringues ou aiguilles adaptées, prolongateur, robinet à 3 voies;

d) Pieds et potences à sérum à roulettes.

II - Prescription nécessitant l'information préalable au médecin traitant désigné par le patient

Prescription « directe »

1. Matelas ou surmatelas d'aide à la prévention des escarres en mousse de haute résilience type gaufrier ;
2. Coussin d'aide à la prévention des escarres en fibres siliconées ou en mousse monobloc ;
3. Pansements hydrocolloïde, hydrocellulaire, en polyuréthane, hydrofibre, hydrogel, siliconés;
4. Pansements d'alginate, à base de charbon actif, vaselinés, à base d'acide hyaluronique;
5. Sonde naso-gastrique ou naso-entérale pour nutrition entérale à domicile ;

Renouvellement à l'identique

6. Dans le cadre d'un renouvellement à l'identique,

bas de contention ;

7. Dans le cadre d'un renouvellement à l'identique,

accessoires pour lecteur de glycémie et autopiçeurs (stylo) : aiguilles, bandelettes, lancettes, aiguille adaptable au stylo injecteur non réutilisable et stérile

ANNEXE 5

Extrait du Journal officiel du 19/11/2009

Avis et communications

AVIS DIVERS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Avis relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

NOR : SASS0926108V

En application des conventions conclues entre le comité économique des produits de santé et, pour ce qui concerne, le Syndicat national des associations d'assistance à domicile (SNADOM) et par décision du comité économique des produits de santé pour le surplus, les tarifs et prix limite de vente au public TTC des produits visés ci-dessous sont fixés comme suit :

CODE	DÉSIGNATION	TARIF en euros TTC	PLV en euros TTC
1241763	Lit médical, standard, location hebdomadaire, lit et accessoires. Le forfait comprend le coût de la location du lit, des deux barrières et si besoin des accessoires suivants : potence pour relèvement du patient, potence à sérum, support pour bassin et porte-urinal.	14,00	14,00
1283879	Lit médical, pour enfant, location hebdomadaire, lit et accessoires. Le forfait comprend le coût de la location du lit, des deux barrières et si besoin des accessoires suivants : potence pour relèvement du patient, potence à sérum, support pour bassin et porte-urinal.	25,00	25,00
1249523	Lit médical, + 135 kg, location hebdomadaire, lit et accessoires. Le forfait comprend le coût de la location du lit, des deux barrières et si besoin des accessoires suivants : potence pour relèvement du patient, potence à sérum, support pour bassin et porte-urinal.	25,00	25,00
1235662	Lit médical, achat, lit spécifique et accessoires. Forfait pour l'achat d'un lit spécifique pris en charge sur présentation d'un devis dans la limite de 1 030 €. Le forfait comprend l'achat du lit, le coût des deux barrières et si besoin des accessoires suivants : potence pour relèvement du patient, potence à sérum, support pour bassin et porte-urinal.	Dans la limite de 1 030,00 €	-
1207453	Lit médical, achat, alèse imperméable réutilisable.	6,86	6,86
1225675	Lit médical, achat, cerceau tout modèle.	8,00	8,00
1211383	Lit médical, achat, matelas simple.	85,00	85,00
1274047	Lit médical, lit standard ou enfant, forfait de livraison du lit et accessoires. La prise en charge comprend la gestion administrative du dossier, la livraison, la mise en service, la démonstration du fonctionnement et la reprise du lit et de ses accessoires au domicile.	230,00	230,00
1215702	Lit médical, lit + 135 kg, forfait de livraison du lit et accessoires. La prise en charge comprend la gestion administrative du dossier, la livraison, la mise en service, la démonstration du fonctionnement, et la reprise du lit et de ses accessoires au domicile.	280,00	280,00
1202473	Lit médical, lit spécifique, forfait de livraison du lit et accessoires. La prise en charge comprend la gestion administrative du dossier, la livraison, la mise en service et la démonstration du fonctionnement du lit et de ses accessoires.	96,04	96,04

ANNEXE 6

Carnet de surveillance du patient parkinsonien

1^{er} jour : ___ / ___ / ___

Veillez cocher toutes les 30 minutes les symptômes qui correspondent le mieux à votre état

7h-19h

Heure	Endormi	Désoctave	Flou-vue ou trouble de la vision	Mouvements incontrôlés involontaires	Traitement antiparkinsonien pris (nombre de comprimés + lettre du médicament en : 2A, 2B, ...)
7h					
7h30					
8h					
8h30					
9h					
9h30					
10h					
10h30					
11h					
11h30					
12h					
12h30					
13h					
13h30					
14h					
14h30					
15h					
15h30					
16h					
16h30					
17h					
17h30					
18h					
18h30					

PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Codes lettres	Traitement antiparkinsonien prescrits
A	
B	
C	
D	
E	
F	

Une lettre correspond à un traitement avec son dosage. Les lettres seront rapportées par le patient dans le tableau en fonction du nombre de prises au cours de la journée.

19h-7h

Heure	Endormi	Désoctave	Flou-vue ou trouble de la vision	Mouvements incontrôlés involontaires	Traitement antiparkinsonien pris (nombre de comprimés + lettre du médicament en : 2A, 2B, ...)
19h					
19h30					
20h					
20h30					
21h					
21h30					
22h					
22h30					
23h					
23h30					
24h					
0h30					
1h					
1h30					
2h					
2h30					
3h					
3h30					
4h					
4h30					
5h					
5h30					
6h					
6h30					

Avez-vous pris aujourd'hui votre traitement comme prescrit ? oui non

Si non, veuillez indiquer ce qui était différent :

S'est-il produit un événement susceptible d'avoir influencé vos dyskinésies ? oui non

Si oui, veuillez spécifier :

2^{ème} jour : ___ / ___ / ___

Veillez cocher toutes les 30 minutes les symptômes qui correspondent le mieux à votre état

7h-19h

Heure	Endormi	Désoctave	Flou-vue ou trouble de la vision	Mouvements incontrôlés involontaires	Traitement antiparkinsonien pris (nombre de comprimés + lettre du médicament en : 2A, 2B, ...)
7h					
7h30					
8h					
8h30					
9h					
9h30					
10h					
10h30					
11h					
11h30					
12h					
12h30					
13h					
13h30					
14h					
14h30					
15h					
15h30					
16h					
16h30					
17h					
17h30					
18h					
18h30					

PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Codes lettres	Traitement antiparkinsonien prescrits
A	
B	
C	
D	
E	
F	

Une lettre correspond à un traitement avec son dosage. Les lettres seront rapportées par le patient dans le tableau en fonction du nombre de prises au cours de la journée.

19h-7h

Heure	Endormi	Désoctave	Flou-vue ou trouble de la vision	Mouvements incontrôlés involontaires	Traitement antiparkinsonien pris (nombre de comprimés + lettre du médicament en : 2A, 2B, ...)
19h					
19h30					
20h					
20h30					
21h					
21h30					
22h					
22h30					
23h					
23h30					
24h					
0h30					
1h					
1h30					
2h					
2h30					
3h					
3h30					
4h					
4h30					
5h					
5h30					
6h					
6h30					

Avez-vous pris aujourd'hui votre traitement comme prescrit ? oui non

Si non, veuillez indiquer ce qui était différent :

S'est-il produit un événement susceptible d'avoir influencé vos dyskinésies ? oui non

Si oui, veuillez spécifier :

3^{ème} jour : / /

Veillez cocher toutes les 30 minutes les symptômes qui correspondent le mieux à votre état

7h-19h

Heure	Endormi	Je bloquais	Bloquée) ou Involontaire	Mouvements incontrôlés	Traitement antiparkinsoniens pris (nombre de comprimés + lettre du médicament (ex : 2A, 2B...))
7h					
7h30					
8h					
8h30					
9h					
9h30					
10h					
10h30					
11h					
11h30					
12h					
12h30					
13h					
13h30					
14h					
14h30					
15h					
15h30					
16h					
16h30					
17h					
17h30					
18h					
18h30					

PARTIE A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Codes lettres	Traitement antiparkinsoniens prescrits
A	
B	
C	
D	
E	
F	

Une lettre correspond à un traitement avec son dosage. Les lettres seront rapportées par le patient dans le tableau en fonction du nombre de prises au cours de la journée.

19h-7h

Heure	Endormi	Je bloquais	Bloquée) ou Involontaire	Mouvements incontrôlés	Traitement antiparkinsoniens pris (nombre de comprimés + lettre du médicament (ex : 2A, 2B...))
19h					
19h30					
20h					
20h30					
21h					
21h30					
22h					
22h30					
23h					
23h30					
24h					
1h					
1h30					
2h					
2h30					
3h					
3h30					
4h					
4h30					
5h					
5h30					
6h					
6h30					

Avez-vous pris aujourd'hui votre traitement comme prescrit ? oui / non

Si non, veuillez indiquer ce qui était différent :

S'est-il produit un événement susceptible d'avoir influencé vos dyskinésies ? oui / non

Si oui, veuillez spécifier :

ANNEXE 7

Evaluation de l'état nutritionnel : Mini Nutritionnal Assessment (MNA), d'après [148]

Nom :	Prénom :	Sexe :	Date :
Âge :	Poids :	Taille (cm) :	Hauteur du genou (cm) :

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question.
 Additionnez les points de la partie « Dépistage » ; si le résultat est inférieur ou égal à 11, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

<p>Dépistage</p> <p>A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition? 0 = anorexie sévère 1 = anorexie modérée 2 = pas d'anorexie <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>B Perte récente de poids (< 3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>C Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>D Maladie aiguë ou stress psychologique (3 derniers mois) 0 = oui 2 = non <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>E Problèmes neuro-psychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>F Indice de masse corporelle (IMC: poids [kg]/taille[cm]) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 25 3 = IMC ≥ 25 <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>Score de dépistage (max. = 14 points) <input style="float: right;" type="checkbox"/> 12 points ou plus : normal pas besoin de continuer 11 points ou moins : possibilité de malnutrition, continuer</p> <p>Évaluation globale</p> <p>G Le patient vit-il de façon indépendante au domicile? 0 = non 1 = oui <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>H Prend-il plus de médicaments 0 = oui 1 = non <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>I Escarres ou plaie cutanée? 0 = oui 1 = non <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour? 0 = 0 repas 1 = 1 repas 2 = 2 repas 3 = 3 repas <input style="float: right;" type="checkbox"/></p>	<p>K Consomme-t-il... - une fois par jour au moins des produits laitiers? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> - 1 ou 2 fois par semaine des œufs ou des légumineuses? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> - chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>L Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes? 0 = non 1 = oui <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>M Combien de verres de boisson consomme-t-il par jour? 0,0 = moins de 5 verres 0,5 = de 5 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>N Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>O Le patient se considère-t-il bien nourri? 0 = malnutrition sévère 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée 2 = pas de problème de nutrition <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge? 0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>Q Circonférence brachiale (cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1,0 = CB > 22 <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>R Circonférence du mollet (cm) 0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31 <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>Évaluation globale (max. = 16 points) + score de dépistage <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>Score total (max. = 30 points) <input style="float: right;" type="checkbox"/></p>
---	---

ANNEXE 8

Quelques produits de complémentation nutritionnelle orale trouvés en officine, d'après [107]

Les produits polymériques

Classification	Texture	Laboratoire/Nom du produit	Volume mL ou g	Énergie kcal	Protéine: g
Normoprotidique Normocalorique	-				
	Potage	Fresenius Kabi / Resource Soupe	250	300	15
	Compote	Fresenius Kabi / Resource Dessert Fruit	125	200	6,25
Beaubour / Strengor 2		200	200	12	
Normoprotidique Hypercalorique	Boisson lactée	Nestlé / Clinutren 1,5	200	300	11
		Nutricia / Fortisip	200	300	12
		Fresenius Kabi / Resource Energy	200	300	14
		Fresenius Kabi / Fresubin Energy Drink	200	300	11
		Abbott / Ensure plus	200	300	13
		Nestlé / Clinutren 1,5 fibre	200	300	11
		Fresenius Kabi / Fresenius Energy Fibre Drink	200	300	11
		Nutricia / Fortisip multifibres	200	300	12
		Abbott / Enrich Plus	200	307	13
	Yaourt à boire	Abbott / Ensure Plus fresh	220	330	14
		Nutricia / Fortifresh	200	300	12
	Potage	Nestlé / Clinutren 1,5 Soup	200	300	11
		Nutricia / Fortisip multifibres	200	300	12
	Crème dessert	Fresenius Kabi / Resource crème Energy Plus	125	200	6
		Compote	Beaubour / Nutra'pote 300	200 g	300
Hyperprotidique Normocalorique	Boisson lactée	Nutricia / Fortimel sans lactose	200	260	20
		Fresenius Kabi / Resource Protein	200	250	19
		Abbott / Ensure HP	240	300	19
	Potage	DHN / Delical Potage	250	250	18
	Crème dessert	DHN / Delical crème dessert sans lactose	125	163	12
			230	300	22,5
		Nestlé / Clinutren Dessert	125	160	12
			205	260	19
		Fresenius Kabi / Resource Crème	125	213	13
		Fresenius Kabi / Resource Crème Plus	125	150	11
			170	204	15
	DHN / Delical	125	151	11	
DHN / La Floridine	210	254	19		
Plat mixé	Beaubour / Nutra'mix +	300	330	21	
	DHN / Delical plat mixé	300	300-390	22-25,5	

Classification	Texture	Laboratoire/Nom du produit	Volume mL ou g	Energie kcal	Protéine g
Hyperprotidique Hypercalorique	Boisson lactée	Fresenius Kabi / Resource 2.0	200	400	18
		Fresenius Kabi / Proten Plus Drink	200	300	20
		DHN / Delical boisson sans lactose1.5	200	300	15
		Nestlé / Clinutren HP/HC	200	320	20
		Beabour / ,Effimax.4	200	400	20
		Nutricia / Fortimel Extra	200	300	20
		DHN / Delical boisson lactée 1.5	200	300	15
		DHN / Boisson HP/HC nature	200	300	20
		Beabour / Nutra'crème L	200	300	16
		Fresenius Kabi / Resource 2.0 Fibres	200	400	18
	Crème dessert	Nutricia / Forticreme	125	200	12,5
	Plat mixé	DHN / Delical plat mixé 540	300	540	27,3
		Fresenius Kabi / Menu energy	330	545	30
		Beabour / Nutra'mix 540	330	542	30
Beabour / Strengor. 5		330	542	30	
Biscuit		Beabour / Nutra'cake	35	133	7

Les produits glucido-protidiques

Texture	Laboratoire/Nom du produit	Volume mL ou g	Énergie kcal-	Protéines g	Glucides g
Jus de fruit	Nestlé / Clinutren Fruit	200	250	8	54
	DHN / Delical boisson fruitée	200	250	8,5	54
	Fresenius Kabi / Provide Xtra	200	250	7,5	55
	Fresenius kabi / Resource Fruit	200	300	8	67
	Nutricia / Fortijuice	200	300	8	67
	Abbott / Enlive Plus	220	330	11	72
Compote	Beabour / Nutra'pote	200	200	10	40
Pâtes ou semoule	Envol / Alep' couscous	50 g			
	Envol / Ain' semoule	cru	168	18,5	23
	Envol / Ain' pasta				

Les produits spécifiques

Indication	Texture	Laboratoire / Nom commercial	Volume	Energie kcal	Protéines g	Lipides g	Glucides g
Intolérance aux hydrates de carbone	boisson lactée	Fresenius Kabi Resource DB	200 mL	200	14	6	24
		Nestlé Clinutren G Diabetes	200 mL	200	7,5	9	22
		Nutricia Diasip	200 mL	200	8	11	18
	jus de fruit	DHN Delical boisson fruitée édulcorée	200 mL	218	11	0	43
	crème dessert	Fresenius Kabi Resource Crème DB	125 g	170	11	5,6	18
	Plat mixé	Beabour / Nutramix GA	300 g	300	11	10	42
Escarres	Boisson lactée	Nestlé Clinutren Repair	200 mL	250	18,5	6	31
		Nutricia Cubitan	200 mL	250	20	7	28
Maladie de Crohn	Boisson lactée à reconstituer	Nestlé Modulen IBD	50 g	250	9	12	28
Insuffisance rénale chronique	poudre	DHN Renal instant	45 g	200	15	7	19
Cancer	boisson lactée	Nutricia Fortimel Care	200 mL	320	18	110	38
Cancer avec traitement par chimio et/ou radiothérapie	boisson lactée à préparer	Nestlé Clinutren Protect	75 g	350	22	14	35
Péri- opérateur de cancer digestif	boisson lactée à préparer	Nestlé Oral Impact Powder	74 g	300	17	8	40
	boisson lactée	Nestlé Oral IMPACT	237 mL	334	18	9	45

ANNEXE 9

Extrait du Journal Officiel du 17/11/2009

17 novembre 2009

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 158 sur 170

Avis et communications

AVIS DIVERS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Avis de fixation de prix de cession, de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) de l'alimentation non physiologique et prestations associées et des dispositifs médicaux d'administration par voie entérale inscrits à la section 5, chapitre 1^{er}, titre I^{er}, de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

NOR : SASS0926709V

En application des conventions signées entre le comité économique des produits de santé et chacun pour ce qui les concerne, le Syndicat national des associations d'assistance à domicile (SNADOM), le Syndicat français des aliments de l'enfance et de la nutrition clinique (SFAENC), le Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM), le Syndicat national des services et technologies de santé au domicile (SYNALAM) et l'Union nationale des prestataires de dispositifs médicaux (UNPDM), les tarifs, les prix limites de vente au public (PLV) et le cas échéant les prix de vente maximum hors taxes au distributeur revendant directement aux assurés sociaux (dénommé ci-après prix de cession) de l'alimentation non physiologique et prestations associées et des dispositifs médicaux d'administration par voie entérale inscrits aux sous-sections 2 et 3, section 5, chapitre 1^{er}, titre I^{er}, sont fixés comme suit :

CODE	DÉSIGNATION	PRIX DE CESSION (en euros HT)	TARIF (en euros TTC)	PLV (en euros TTC)
1153480	Nutrition entérale, forfait de première installation. La prestation de première installation est prescrite pour une durée de 14 jours et une seule fois pour un malade.....		178,00	178,00
1111902	Nutrition entérale, forfait hebdomadaire sans pompe ou par gravité. Forfait 1, sans pompe ou par gravité.....		61,13	61,13
1176876	Nutrition entérale, forfait hebdomadaire avec pompe ou régulateur de débit. Forfait 2, avec pompe ou régulateur de débit.....		83,24	83,24
1125695	Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. hypoénerg. 500 ml.	2,41	3,24	3,24
1108320	Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. hypoénerg. 1 000 ml.....	4,82	6,48	6,48
1121600	Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. hypoénerg. 1 500 ml.....	7,23	9,72	9,72
1164264	Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. normoénerg. 500 ml.....	2,51	3,38	3,38
1129747	Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. normoénerg. 1 500 ml.....	5,02	6,76	6,76
1100413	Nutrition entérale, adulte, mél poly normoprot. normoénerg. 1 500 ml.....	7,53	10,14	10,14
1146071	Nutrition entérale, adulte, mél. poly normoprot. hyperénerg. 500 ml.....	2,92	3,93	3,93
1191002	Nutrition entérale, adulte, mél. poly normoprot. hyperénerg. 1 500 ml.....	5,84	7,86	7,86

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Arrêté du 9 novembre 2009 relatif à la modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge de l'alimentation non physiologique et prestations associées et des dispositifs médicaux d'administration par voie entérale et au changement de distributeur des produits de nutrition entérale de la société Celia Clinical Nutrition et des Laboratoires DHN inscrits à la section 5, chapitre 1^{er}, titre I^{er}, de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

NOR : SASS0926702A

Le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat et la ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment ses articles L. 165-1 à L. 165-5 et R. 165-1 à R. 165-30 ;

Vu les avis de la commission d'évaluation des produits et prestations ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ;

Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

Vu l'avis de projet de modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge de l'alimentation non physiologique et prestations associées et des dispositifs médicaux d'administration par voie entérale inscrits à la section 5, chapitre 1^{er}, titre I^{er}, de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale publié le 8 août 2008,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Au titre I^{er}, chapitre 1^{er}, section 5, du code de la sécurité sociale :

I. – La sous-section 2 est remplacée comme suit :

CODE	NOMENCLATURE
	<p>Sous-section 2 Produits pour nutrition entérale et prestations associées</p> <p>Paragraphe 1 Prestations associées à la nutrition entérale à domicile</p> <p>Conditions générales d'attribution</p> <p>Pour être pris en charge, la prescription initiale d'un forfait de nutrition entérale à domicile doit être effectuée, pour une période de 14 jours, par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un médecin hospitalier public ou privé, pour les adultes ; - un pédiatre ou un anesthésiste exerçant en pédiatrie dans un établissement de soins public ou privé, pour les enfants, de moins de 16 ans. <p>Celui-ci détermine le niveau d'apport nutritionnel, informe le patient et son entourage du déroulement de la nutrition entérale à domicile et notamment des complications possibles.</p> <p>Le premier renouvellement est effectué pour une durée maximale de 3 mois, par le service à l'origine de la prescription initiale, après une visite effectuée par le prestataire à la fin de la période initiale de 14 jours.</p> <p>A la fin de la première période de 3 mois, une réévaluation est effectuée par le service à l'origine de la prescription initiale.</p> <p>Les renouvellements ultérieurs ont lieu tous les 3 mois au cours de la première année et peuvent être effectués par le médecin.</p> <p>Après la première année, les renouvellements ont lieu tous les ans lors de la réévaluation annuelle effectuée, soit par le service à l'origine de la prescription initiale, soit par un autre service du même établissement de soins, soit par un autre établissement de soins.</p> <p>En pédiatrie, le premier renouvellement est effectué à 3 mois par le prescripteur initial après une réévaluation. Les renouvellements suivants ont lieu au minimum tous les 6 mois et peuvent être effectués par le médecin en relation avec l'initiateur du traitement.</p> <p>Les réévaluations comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le poids ainsi que, chez les enfants, la taille et la maturation pubertaire ; - l'état nutritionnel ; - l'évolution de la pathologie ; - la tolérance de la nutrition entérale ; - l'observance de la nutrition entérale ; - l'évaluation des apports alimentaires oraux, le cas échéant.

CODE	NOMENCLATURE
1153480	<p>La prescription inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les mélanges nutritifs (ADOFMS) ; - les dispositifs médicaux d'administration (sondes, boutons) ; - les prestations de première installation ou de renouvellement ; - le pied à sérum mobile. <p>La prise en charge est assurée sur la base de trois forfaits dont deux hebdomadaires calculés de date à date non cumulables :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un forfait de première installation (code 1153480) couvrant la fourniture du matériel nécessaire et la prestation de service durant les 14 premiers jours qui s'ajoute aux forfaits hebdomadaires (avec ou sans pompe) ; - un forfait hebdomadaire de nutrition entérale à domicile sans pompe (code 1111902) couvrant la fourniture du matériel nécessaire et la prestation de service ; - un forfait hebdomadaire de nutrition entérale à domicile avec pompe (code 1176876) couvrant la fourniture du matériel nécessaire et la prestation de service. <p>Ces deux forfaits s'ajoutent aux codes de prise en charge des nutriments spécifiques à la nutrition entérale à domicile.</p> <p>Ils peuvent également s'ajouter aux références :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1130578, 1193780 pour la délivrance des sondes naso-gastriques ou naso-entérales, 1154099 et 1152060 pour la délivrance des boutons de gastrostomie, 1168411 pour la délivrance des sondes de gastrostomie ou de jéjunostomie ; - 1129434 pour les paniers à perfusion, 1111782, 1146349, 1126126 et 1101312 pour le pied à sérum à roulettes en cas de forfait 1 et d'utilisation d'une pompe fixe dans le forfait 2. <p>Les prestataires doivent impérativement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - respecter les règles de matériovigilance ; - établir des procédures internes écrites conformes au cahier des charges et les transmettre aux services prescripteurs ; - assurer une prestation de soins à domicile conforme à la prescription et dans le respect des spécifications ci-dessous fixées. <p>Le choix du prestataire est laissé au patient. Néanmoins le service à l'origine de la prescription initiale fournit une liste aux patients des prestataires dont les caractéristiques et les procédures internes répondent au cahier des charges de la LPPR défini ci-dessous.</p> <p>Nutrition entérale, forfait de première installation :</p> <p>Ce forfait couvre la fourniture du matériel nécessaire et la prestation de service durant les 14 premiers jours qui s'ajoute aux forfaits hebdomadaires (avec ou sans pompe).</p> <p>La prestation de première installation est prescrite pour une durée de 14 jours et une seule fois pour un malade.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La coordination et l'organisation du retour à domicile du malade, en liaison avec le service à l'origine de la prescription. 2. Une visite d'installation le jour du retour du malade à domicile. Cette visite d'installation peut être faite par un personnel compétent au sens de l'article D. 5232-1 du CSP. Elle se fait sous la responsabilité d'un personnel chargé de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et des services. <p>Elle inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la formation, en complément de la formation hospitalière, avec le conseil, l'éducation et les explications au malade et à ses proches, y compris des consignes précises concernant l'hygiène et la sécurité ; - la fourniture au malade d'un livret de NED et d'un carnet de suivi. <ol style="list-style-type: none"> 3. Un appel téléphonique dans les 48 heures à 72 heures. Un appel téléphonique dans les 48 heures à 72 heures, par un personnel compétent au sens de l'article D. 5232-1 du CSP sous la responsabilité d'un personnel chargé de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et des services. 4. Une visite de fin de prestation de première installation des malades à domicile à 14 jours par un personnel compétent au sens de l'article D. 5232-1 du CSP. La visite se fait sous la responsabilité d'un personnel chargé de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et des services ». <p>Date de fin de prise en charge : 28 février 2014</p>
1111902	<p>Nutrition entérale, forfait hebdomadaire sans pompe ou par gravité :</p> <p>Forfait 1, sans pompe ou par gravité :</p> <p>Il couvre :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La livraison des mélanges nutritifs et des dispositifs médicaux d'administration, le cas échéant, tous les 28 jours selon la prescription. 2. La livraison et la mise à disposition des consommables et accessoires tels que définis ci-dessous. 3. Une astreinte téléphonique 24 h/24 et 7 jours/7, au tarif local. 4. La gestion administrative du dossier du malade et la gestion de la continuité des prestations en cas de changement d'adresse temporaire du malade. 5. Une visite de suivi à domicile par un personnel compétent au sens de l'article D. 5232-1 du CSP. La visite se fait sous la responsabilité d'un personnel chargé de garantir l'application des règles professionnelles et de bonne pratique de délivrance des matériels et des services : <ul style="list-style-type: none"> - à 3 mois puis tous les 3 mois la première année et tous les 6 mois les années suivantes chez l'adulte ; - à 6 semaines puis tous les 3 mois chez l'enfant. 6. La surveillance de la bonne utilisation des mélanges nutritifs (stockage, date de péremption, traçabilité...) et de leur consommation. 7. La participation à la coordination du suivi du malade avec les médecins (prescripteur et traitant) et les auxiliaires médicaux. 8. Une information écrite régulière (au moins trimestrielle) au prescripteur sur le suivi des patients, les éventuels dysfonctionnements et incidents, ainsi que le compte rendu de toutes les interventions. <p>Sont définis comme accessoires et consommables inclus dans le forfait avec leur fréquence de changement les dispositifs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tubulure avec molette manuelle pour une nutrition par gravité (1 par jour) ; - seringue à embout conique ou luer-lock de 60 ml (8 à 10 par mois) ; - seringue de 5 ml ou 10 ml, le cas échéant (10/mois) ; - obturateur pour sonde nasodigestive (4/mois) ; - connecteur pour sonde de stomie (4 par an) ; - poche à eau et sa tubulure, si une hydratation est nécessaire (8 par mois) ; - clamp (1 à 2 par an) ; - dispositif nécessaire à la fixation externe des sondes nasodigestives et des sondes de stomies ; - raccord sonde/seringue (4 par mois). <p>Date de fin de prise en charge : 28 février 2014.</p>
1176876	<p>Nutrition entérale, forfait hebdomadaire avec pompe ou régulateur de débit :</p> <p>Forfait 2, avec pompe ou régulateur de débit.</p> <p>Le régulateur de débit doit répondre aux spécifications minimales suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - moteur entraînant une tubulure adaptée et commandant le débit de la nutrition entérale par un dispositif adapté, soit à galets rotatifs, soit à galets péristaltiques, soit volumétrique ; - réglage du débit par fraction de 5 ml à 10 ml/heure chez l'adulte et de 1 ml/h chez l'enfant ; - alarmes auditive et visuelle en cas d'anomalie de fonctionnement.

ANNEXE 10

Exemple de justificatif de visite à domicile dans le cadre de l'oxygénothérapie

FICHE OXYGENOTHERAPIE

(Document de travail archivé à l'officine pour dossier patient)

Pharmacie :
 Nom Prénom :
 N° d'immatriculation :
 Adresse :
 Age/Sexe :
 Organisme d'affiliation :

Date du traitement :
 Prescripteur :
 Prestation :
 Forfait 1 Forfait 2 Forfait 3 Ventilation associée

 Durée (h/j) :
 Débit (l/min) :

VISITE A L'INSTALLATION

Date : .../.../... réalisé(e)

Information technique
 Information sur les consignes de sécurité
 Information sur l'entretien
 Livret patient

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX DU PATIENT

.....

VISITE DU PHARMACIEN A DOMICILE

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES AU VERSO

Date							
SPO ₂							
Observance							
Recommandations							
Surveillance matériel							

RELATION AVEC LE PRESCRIPTEUR

Date de l'ordonnance	Date des renouvellements					
le .../.../...	le .../.../...	le .../.../...	le .../.../...	le .../.../...	le .../.../...	le .../.../...

RELATION AVEC LE PRESTATAIRE

	Concentrateur	Détendeur	Lunettes	Masque	Humidificateur	Autres
Date						
N° de lot						

Date	le :						
Oxygène liquide <input type="checkbox"/>							
Oxygène gazeux <input type="checkbox"/>							
quantité							
N° de lot							

FACTURATION

Organisme d'assurance maladie :
 Organisme complémentaire :

MATERIOVIGILANCE

Date de déclaration :
 Incident/Cause :

PHARMACOVIGILANCE

Date de déclaration :
 Incident/Cause :

Signature du patient : Je soussigné certifie que M Pharmacien, m'a fourni toutes les informations nécessaires au bon déroulement de mon traitement, et au respect des règles de sécurité. (signature)

Enquête MAD

N.B : les réponses obtenues quelque peu similaires ont été formulées en une seule phrase afin d'exploiter plus facilement les résultats.

I. Le pharmacien et le matériel médical

1) Comment définiriez-vous le MAD ? Quel est son but ?

Réponses citées	Nombre de réponses
Fournitures de matériel permettant aux patients de se soigner à domicile ou de faciliter leur condition de vie	5
Prolonger l'indépendance de la personne chez elle	4
Fournir au malade tout le matériel nécessaire afin qu'il puisse poursuivre un traitement à domicile sans passer par une éventuelle hospitalisation et limiter ainsi les dépenses de santé	4
Favoriser le confort du patient pour le maintenir à domicile	3
Lien étroit avec les patients, qualité du professionnel de santé	2
Apporter de l'aide à son patient	1
Sans réponses	1

2) D'après vous, le pharmacien joue-t-il ou doit-il jouer un rôle dans le MAD ?

Oui

Non

Réponses citées	Nombre de réponses
OUI	20
NON	0

Pourquoi ?

Réponses citées	Nombre de réponses
Cela fait partie du métier de pharmacien, de la qualité du professionnel de santé	10
Le pharmacien est au premier plan pour jouer ce rôle de part son accessibilité, sa disponibilité et sa proximité	4
Si le pharmacien ne joue pas ce rôle, d'autres sociétés le feront et prendront le marché	3
Pour éviter qu'il y ait trop d'intervenants dans le suivi du patient	1
Sans réponses	2

3) Quelles sont pour vous les contraintes à faire du MAD ?

Réponses citées	Nombre de réponses
Le manque d'espace dû à un stock volumineux	12
Le manque de temps	6
Le manque de formation	3
La concurrence non officinale qui s'organise avec de la visite médicale et de la publicité	3
Savoir où trouver les produits	2
Le manque de personnel	1

4) Estimez-vous avoir une certaine clientèle dans le MAD ?

Oui

Non

Réponses citées	Nombre de réponses
OUI	20
NON	0

Si oui, laquelle ?

- Handicapés
- Personnes âgées
- Jeunes mamans
- Enfants

Réponses citées	Nombre de réponses
Handicapés	9
Personnes âgées	16
Jeunes mamans	3
Enfants	1

5) Avez-vous des demandes régulières en matière de matériel médical ?

- Plusieurs fois par semaine
- Plusieurs fois par mois
- 1 fois par mois
- Rarement

Réponses citées	Nombre de réponses
Plusieurs fois par semaine	10
Plusieurs fois par mois	7
1 fois par mois	1
Rarement	1
Sans réponses	1

6) Quels sont les 3 produits qui vous sont le plus demandés en termes de matériel médical ?

Réponses citées	Nombre de réponses
Lit médical	8
Cannes anglaises	8
Déambulateur	7
Fauteuil roulant	7
Aérosol	4
Tire-lait	4
Chaise percée	3
Rehausse WC, planches de bain	1

7) A l'heure actuelle, pour lequel de ces produits avez-vous le plus de locations ?

- Lits médicaux
- Fauteuils roulants
- Aérosols
- Soulève malade

Réponses citées	Nombre de réponses
Aérosols	8
Lits médicaux	7
Fauteuils roulants	5
Soulève malade	0

8) Dans l'année écoulée, lequel de ces produits avez-vous le plus vendu ?

- Matelas anti-escarre
- Coussins anti-escarre
- Déambulateur
- Fauteuil garde robe
- Cannes anglaises

Réponses citées	Nombre de réponses
Cannes anglaises	14
Déambulateur	2
Fauteuil garde robe	2
Matelas anti-escarre	1
Coussins anti-escarre	1

9) Quels sont les produits les plus demandés en termes d'incontinence chez la personne âgée ?
(Attribuer un chiffre de 1 à 5, le 1 correspondant au produit le plus demandé)

- Les sondes vésicales
- Les étuis péniens
- Les protections
- Le fauteuil garde-robe
- L'appareillage pour la rééducation périnéale

J'ai répertorié ici les réponses des pharmaciens et établi un classement par ordre croissant des produits les plus demandés en termes d'incontinence.

Les protections
Le fauteuil garde-robe
Les étuis péniens
Les sondes vésicales
L'appareillage pour la rééducation périnéale

10) Quelles sont les protections les plus demandées dans votre officine ?

- Les produits pour incontinence légère
- Les slips absorbants
- Les changes complets
- Les protections anatomiques
- Autres (alaises, slips filets,..)

D'après les différentes réponses obtenues des pharmaciens, il en revient un classement croissant des protections les plus demandées :

Les changes complets
Les slips absorbants
Les protections anatomiques
Les produits pour incontinence légère
Autres (alaises, slips filets, ...)

11) Recevez-vous vos patients souffrant d'incontinence dans un endroit confidentiel ?

Oui

Non

Réponses citées	Nombre de réponses
OUI	3
NON	15
En fonction des patients	1
Sans réponses	1

12) Avez-vous déjà été confronté à l'aménagement du domicile d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer ?

Réponses citées	Nombre de réponses
OUI	1
NON	18
Sans réponses	1

Si oui, quel matériel avez-vous délivré ?

Réponses citées	Nombre de réponses
Lit Alzheimer, matelas et déambulateur	1

13) Selon vous, quel serait l'aménagement nécessaire du domicile d'un patient souffrant de la maladie d'Alzheimer ?

Réponses citées	Nombre de réponses
Lit Alzheimer	5
Ranger tout au même endroit	2
Plaques électriques, alarmes, piluliers, fauteuil garde-robe et soulève malade	1
Présence permanente	1
Sans réponses	10

14) Selon vous, que faut-il prendre en compte dans l'aménagement du domicile d'un patient atteint de la maladie de Parkinson ? Quelles sont les aides techniques nécessaires ?

Réponses citées	Nombre de réponses
Aides de préhension	2
Déambulateur	2
Aménagement de la salle de bain (barres d'appui, tapis antidérapant,...)	2
Enlever les tapis, ôter les obstacles	3
Présence permanente d'un aidant	1
Ne sait pas	13

15) Avez-vous déjà été sollicité pour la prise en charge d'un patient atteint de DMLA ? Si oui, quelles aides techniques avez-vous délivré ?

Réponses citées	Nombre de réponses
OUI	0
NON	20

16) En termes de dénutrition, dans quel domaine avez-vous été le plus souvent sollicité ?

- Nutrition orale (produits de complémentation type Renutryl®, ..)
- Nutrition entérale
- Nutrition parentérale

Réponses citées	Nombre de réponses
Nutrition orale	20
Nutrition entérale	0
Nutrition parentérale	0

17) Avez-vous des demandes d'oxygénothérapie ?

- Jamais
- Peu souvent
- Souvent

Réponses citées	Nombre de réponses
Jamais	4
Peu souvent	10
Souvent	1
Sans réponses	5

18) Sous quelle forme ?

- Gaz
- Liquide
- Concentrateur

Réponses citées	Nombre de réponses
Gaz	2
Liquide	1
Concentrateur	9
Sans réponses	8

19) Disposez-vous d'un local approprié ?

Oui Non

Réponses citées	Nombre de réponses
OUI	1
NON	14
Sans réponses	5

II-Les différents modes d'exercice du MAD

20) Où est exposé votre matériel médical ?

- Vitrine
- Officine
- Local à proximité de l'officine
- Autre

Réponses citées	Nombre de réponses
Vitrine	4
Officine	10
Local à proximité de l'officine	2
Autre : réserve non exposée	2
Sans réponses	2

21) Comment vous approvisionnez-vous ?

- Fabricants
- Grossistes
- Groupement

Réponses citées	Nombre de réponses
Fabricants	4
Grossistes	12
Groupement	4

22) Pensez-vous être suffisamment formé ? Oui Non

Réponses citées	Nombre de réponses
OUI	7
NON	13

Par quel biais suivez-vous des formations ?

- Conférences
- Stages
- Expositions
- Fournisseurs
- Presse professionnelle

Réponses citées	Nombre de réponses
Conférences	6
Stages	1
Expositions	3
Fournisseurs	12
Presse professionnelle	10

Avez-vous suivi un DU de MAD ?

Oui Non

Réponses citées	Nombre de réponses
OUI	5
NON	15

23) Avez-vous formé quelqu'un dans votre officine pour s'occuper du MAD ? Oui Non

Réponses citées	Nombre de réponses
OUI	5
NON	15

Souhaitez-vous le faire ?

Oui Non

Pourquoi ?

Réponses citées	Nombre de réponses
OUI	10
-Pour développer le marché	4
-Car cela est enrichissant de se former par l'intermédiaire de réunions	1
-Car la demande est croissante dans ce domaine	2
Sans réponses	3
NON	4
-Trop de concurrence dans le domaine	1
-Trop petite équipe	1
-Sans réponses	2
SANS REPONSES	6

24) Face à l'environnement concurrentiel du pharmacien, comment essayez-vous de faire connaître votre activité de MAD ?

- Dépliants donnés au patient
- Autocollant sur la vitrine
- Communication au comptoir
- Autre

Réponses citées	Nombre de réponses
Dépliants donnés au patient	6
Autocollant sur la vitrine	11
Communication au comptoir	12
Autre :	
Local important dédié au matériel	1
Enseigne extérieure importante	2

25) Travaillez-vous en réseau ?

Oui

Non

Réponses citées	Nombre de réponses
OUI	1
NON	19

26) Si vous n'avez pas encore développé le MAD dans votre officine, souhaiteriez-vous le faire ?

Oui

Non

Réponses citées	Nombre de réponses
OUI	16
NON	0
Sans réponses	4

27) Quelles seraient vos attentes et vos besoins ?

Réponses citées	Nombre de réponses
Pouvoir faire plus de publicité dans ce domaine, comme c'est le cas des sociétés privées	5
Disposer davantage de place pour exposer le matériel	3
Avoir plus de formations dans ce domaine	2
Pouvoir bénéficier de prix compétitifs	1
Etre connu des hôpitaux	1

BIBLIOGRAPHIE

- 1- <http://www.insee.fr> (page consultée le 15/02/10).
- 2- <http://www.ined.fr> (page consultée le 15/02/10).
- 3- HENRARD J.-C., CLEMENT S., DERRIENNIC F. *Vieillesse, santé, société. Questions en santé publique.*
Editions INSERM : Paris, 1996, p8-9.
- 4- <http://www.cofemer.fr> (page consultée le 14/01/10).
- 5- BOUVENOT G., DEVULDER B., GUILLEVIN L., QUENEAU P., SCHAEFFER A. *Pathologie médicale.*
Editions Masson, Paris, p355.
- 6- ENNUYER B. *Repenser le maintien à domicile.*
Editions DUNOD, Paris, 2006, p86, p32-33, p50, p122-135, p150-151, p137-141.
- 7- DUTHEIL N. *Les aides et les aidants des personnes âgées.*
Etudes et résultats, DRESS, n°142, novembre 2008.
- 8- DOUCET J., MACROL J., LEJONC J-L, MORTHIER D., QUENEAU P. *Thérapeutique de la personne âgée.*
Editions Maloine : Paris, p506-512.
- 9- VAN LERBERGHE R-M., PAUL S. *Les soins aux personnes âgées.* Rapport du groupe de travail « soins aux personnes âgées », ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, 1980.
- 10- GRIGNON M. *Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé.*
Questions d'économie de la santé, mars 2003, n°66, p1.
- 11- LAVOREL J-C. *Santé à domicile.*
Le cherche midi, Paris, 2001.
- 12- BREUILLE D. *Guide pratique du soutien à domicile.*
Collection Médi droit, p27.
- 13- VIème plan de développement économique et social, Rapport Général. *Les objectifs généraux et les actions prioritaires du VIème plan.*
Journal Officiel du 16/07/1971, p14.
- 14- DUTHEIL N. *L'action sociale des communes de 5000 à moins de 200 000 habitants.*
Etudes et Résultats, DREES, n°307, avril 2004.
- 15- LUQUET V. *La télé-assistance en France.*
Documents CLEIRPA, n°2, p10-12.

- 16- KAROUT P. *Service vigilance*.
Gérontologie et société, n°113, 2005, p37-50.
- 17- DUBOST E. *L'hospitalisation à domicile*.
Editions Michel Servet, mai 2002 : p11-18, 27-31, 60-67.
- 18- Annexe technique, système d'information et tarification à l'activité en HAD : mode d'emploi, avril 2005,
<http://www.sante.gouv.fr> (page consultée le 12/12/09)
- 19- <http://www.fnehad.fr> (page consultée le 14/01/10).
- 20- <http://vosdroits.service-public.fr> (page consultée le 12/02/10).
- 21- <http://www.ameli.fr> (page consultée le 15/02/10).
- 22- ANONYME. *Le stagiaire à l'officine et le MAD*.
- 23- RAMOUSSE M. *Développez vos marchés, Le maintien à domicile*.
Editions Groupe Liaisons SA, 2001 : p64, p73, p74-75.
- 24- ENGUIX M. *Ouvrez vos portes aux handicapés*.
Pharma, l'info pratique des pharmaciens d'officine, n°34, mai 2008, P70-71.
- 25- Catalogue Orkyn.
- 26- ENGUIX M. *MAD : développez, communiquez*.
Pharma, l'info pratique des pharmaciens d'officine, n°32, mars 2008, p26-30.
- 27- BAUMANN-THIRIEZ A. *Le challenge du MAD*.
Pharma, l'info pratique des pharmaciens d'officine, n°36, septembre 2008, p62-63.
- 28- LEPILÉUR A., CHEMTOB-CONCE M-C. *Les différents modes de prise en charge à domicile et le maintien à domicile (2^{ème} partie)*.
Les Nouvelles Pharmaceutiques, n°404, décembre 2008, p459-464.
- 29- MANCIAUX M-A. *Thérapeutiques médicamenteuses en gériatrie*.
Editions Masson, Paris, 1998 : p13-15.
- 30- ANONYME, *Mieux vivre à domicile*.
Brochure Orkyn.
- 31- CALLANQUIN J., CAMUZEUX C., LABRUDE P. *Le matériel de maintien à domicile. Avec cas pratiques et exercices*.
Abrégés Masson, 4^{ème} édition, Paris, 2008 : p169-180, p211-217, p160-161, p148-149, p99-100.
- 32- http://www.handicap.fr/produits/img3/img_3_1787.jpg (page consultée le 12/11/09).
- 33- <http://www.equipmedical.com> (page consultée le 13/12/09).

- 34- <http://www.medicalreflex.fr> (page consultée le 10/01/10).
- 35- <http://www.sofamed.com/images/pied-a-serum.jpg> (page consultée le 19/01/10).
- 36- LOCAPHARM. *Le lit médical*.
Le pharmacien de France, n°1202, 2008, p36.
- 37- <http://www.escarre.fr> (page consultée le 06/08/09).
- 38- HIENNE S., CUNY J-F, CALLANQUIN J., FAURE P., LABRUDE P. *Les pansements des plaies, guide à l'usage des praticiens*.
Collection Les Guides de Pharmathèmes.
Editions Pharmathèmes, Paris, 2008 : p30-33, p50-66, p92-98.
- 39- TRIVALLE C. *Gérontologie préventive, éléments de prévention du vieillissement pathologique*.
Abrégés Masson, Paris, 2002 : p307-311.
- 40- http://www.autonomie.fr/06_polyair.php (page consultée le 19/01/10).
- 41- ORKYN. *Aide à la mobilité*.
Fiche technique prescrire.
- 42- http://www.hant.li.univ-tours.fr/webhant/HM2PH/BdD/la_Vitrine_Medicale.htm
(page consultée le 19/01/2010).
- 43- <http://www.france-medical-distribution.com/152-prompto-canne-a-poignee-ergonomique-gaucher.html>
(page consultée le 10/01/10).
- 44- <http://www.tousergo.com/deambulateur-cadre-de-marche-releveur-nordencare-p-851.html>
(page consultée le 19/01/10)
- 45- <http://www.pharmareva.com/catalogue/deplacement/fauteuils-roulants/fauteuil-roulant-levier-pendulaire-action3a> (page consultée le 19/01/10).
- 46- http://www.leroy-medical.com/index.php?view=catalogue&action=view_category&id=17 (page consultée le 19/01/10).
- 47- <http://www.2ememain.be/convalence-soins/transport/chaises-roulantes-%C3%A9lectriques/fauteuil-roulant-%C3%A9lectrique-verticalisateur-c3-60402982.html> (page consultée le 19/01/10).
- 48- CERAH. *Les véhicules pour handicapés physiques, stage de formation destiné aux revendeurs et loueurs de véhicules pour handicapés physiques*
Edition 2005.
- 49- http://www.bqmedical.fr/content/product_208069b.jpg (page consultée le 13/11/09).

- 50- ORKYN. *Aménagement du domicile*.
Fiche technique prescrire.
- 51- <http://www.equilibre-medical.fr/htfr/0002.htm> (page consultée le 04/11/09).
- 52- http://www.medinov.fr/LEVE_MALADE_ET_VERTICALISATEUR.html (page consultée le 12/12/09).
- 53- NICOLET C. *Les chutes chez la personne âgée*.
Le Quotidien du pharmacien, n°2531, 15/11/2007, p10.
- 54- Société Française De Documentation et de Recherche en Médecine Générale. *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, Recommandations*.
Rapport HAS, novembre 2005, p5-6, p8.
- 55- http://www.fournimed.com/.../v_PO6018.jpg (page consultée le 18/01/10).
- 56- ENJALBERT M., ABRIC M., CAZALET G., NOUVEL F., GRAU S., JACQUOT J-M. *Aides techniques et matériel d'assistance en gériatrie*.
Abrégés Masson, Paris, 2002 : p106-114, p48-52, p88-89.
- 57- MAUGOURD-BIZIEN M-F., VETEL J-M., BIZIEN A. *Incontinence urinaire des personnes âgées*.
Editions Medsi/McGraw-Hill, Paris, 1988: p141-142.
- 58- <http://www.sphere-sante.com> (page consultée le 12/11/09).
- 59- HERVY M-P., MOLITOR M-B., BEGUIN V., CHAHBENDERIAN L., FARAH S. *Gérontologie, Gérontopsychiatrie*.
Nouveaux cahiers de l'infirmière, éditions Masson, Paris, 2005 : p70-79, p131, p24-25.
- 60- LOCAPHARM, catalogue actif pro.
- 61- ORKYN, CD-Rom, E-catalogue.
- 62- <http://www.e-officine.net/.../upl/garde%20robe.jpg> (page consultée le 10/01/10).
- 63- <http://www.sofamed.com/images/urinal-ursec.jpg> (page consultée le 15/01/10).
- 64- <http://www.coloplast.fr> (page consultée le 13/09/09).
- 65- <http://www.hartmann.fr> (page consultée le 13/09/09).
- 66- <http://www.hollister.com/france/images/photo34.jpg> (page consultée le 10/12/09).
- 67- http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=111 (page consultée le 06/10/09).
- 68- JULIEN C. *Incontinences*.
Le Moniteur des pharmacies, cahier conseil, cahier II n°2617 du 25/02/2006 : p6-7.

- 69- AULAGNER G. *Dispositifs médicaux stériles*.
Travaux dirigés de 5^{ème} année officine, année 2007-2008 : p46-52.
- 70- Catalogue TENA, p24-25.
- 71- http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/haab_incontinence/rapport.pdf. Rapport sur le thème de l'incontinence urinaire, 2007 : p.44.
- 72- <http://www.aapi.asso.fr> (page consultée le 18/11/09).
- 73- PUNGIER V. *Keat pour la rééducation périnéale à domicile*.
Le Moniteur des pharmacies, n°2732, cahier de formation du 31/05/08.
- 74- MORELLE N. *Keat, 1 an après : qu'en pensent les femmes ?*
Réalités en gynécologie obstétrique, n°133, octobre 2008 : p2-3.
- 75- PICHARD A-S. *Incontinence : un marché à développer en toute discrétion*.
Le Quotidien du pharmacien, n°2618, 20/11/2008 : p21.
- 76- NOURHASHEMI F., OUSSET P-J., VELLAS B. *Les facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer*.
- 77- LEUBAG P., SAVIOZ A. *Facteurs de risque dans la maladie d'Alzheimer*.
Médecine et hygiène, 2000, 58, 2287 : 289-296.
- 78- Le Concours Médical, 2000, 122, 32 : 2259-2262.
- 79- AUBERTIN A., VOISIN T., VELLAS B. *Comment faire le diagnostic de la maladie d'Alzheimer*.
Le Concours Médical, 2000, 122, 36 : 2560-2563.
- 80- FISCH A. *La prise en charge à l'officine du patient atteint de la maladie d'Alzheimer*.
Thèse pharmacie. Nancy : 2004, p28-35.
- 81- LACOMBLEZ L., MATHIEUX-LAURENT F. *Les démences du sujet âgé*.
Editions John Libbey Eurotext, Paris, 2003: p98-100.
- 82- ANONYME. *La maladie d'Alzheimer à la maison, 1-Les aménagements*.
Association France Alzheimer et maladies apparentées, 21 bd Montmartre, 75002 Paris.
- 83- <http://www.handicat.com/image/12359.jpg> (page consultée le 23/01/10).
- 84- MICAS M. *Conseils aux familles d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer*.
Le Concours Médical, 2001, 123, 2 : 103-106
- 85- SELMES J., DEROUESNE C. *La maladie d'Alzheimer au jour le jour*.
Editions John Libbey Eurotext, Paris, 2001: p83-87, 105-113, 117-122.
- 86- ANONYME. *Guide conseils de la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer*.
Laboratoires Parke-Davis, Département SNC, 11 avenue Dubonnet, 92407 Courbevoie cedex.

- 87- ANONYME. *La maladie d'Alzheimer à la maison, 2-Les activités.*
Association France Alzheimer et maladies apparentées, 21 bd Montmartre, 75002 Paris.
- 88- HINSCHBERGER A. *Alzheimer : quelles thérapeutiques aujourd'hui ?*
Pharma, n°35, juin 2008 : p43.
- 89- DREUX C. *Les pharmaciens ont-ils un rôle à jouer dans le plan Alzheimer 2008-2012 ?*
Les Nouvelles pharmaceutiques, bulletin de l'ordre n°399, juin 2008 : p191-195.
- 90- SARAZIN M. *La maladie d'Alzheimer.*
Fiche technique Cespharm, décembre 2009 : p7.
- 91- ZAGNOLI F., ROUHART F. *Maladie de Parkinson.*
Editions Dion, Groupe liaisons S.A, 2006 : p2, p13-14.
- 92- BONNET A-M., HERGUETA T. *La Maladie de Parkinson au jour le jour.*
Collections Guides pratiques de l'aidant.
Editions John Libbey Eurotext, Paris, 2006: p11-13, 6-7, 9-10, 41-42, 73-95.
- 93- DEFEBVRE L., VERIN M. *La maladie de Parkinson.*
Monographies de neurologie.
Editions Masson, Paris, 2006 : p47-49, 135-138, 191-204.
- 94- http://www.futura-sciences.com/uploads/RTEmagicC_park_04.jpg.jpg (page consultée le 25/01/10)
- 95- POLLAK P. *La Maladie de Parkinson.*
Editions Odile Jacob, Paris, 2004 : p42-44.
- 96- Le système immunitaire impliqué dans la maladie de Parkinson.
Le Quotidien du pharmacien, n°2632, 22/01/2009 : p10.
- 97- ZIEGLER M., BLETON J-P. *La maladie de Parkinson et son traitement.*
Editions Frison-Roche, 1995 : p242-254.
- 98- VANDERHEYDEN J-E., BOUILLIEZ D-J. *Traiter le parkinson : prise en charge globale et multidisciplinaire du patient parkinsonien.*
Editions De Boeck et Larcier, 2004 : p190-191, p183-185, p278-279.
- 99- <http://www.proximologie.com> (page consultée le 10/11/09).
- 100- <http://www.azurmedical.fr/particuliers/categorie,la-vie-quotidienne,aides-techniques,8> (page consultée le 24/01/10).
- 101- <http://www.vitalsenior.fr/enfile-bas-de-contention-article.html> (page consultée le 24/01/10)
- 102- ORKYN, Catalogue 2008-2009 : p37-39, p41.
- 103- <http://www.sofamed.com> (page consultée le 12/12/09).

- 104- <http://www.handicap-2000.com> (page consultée le 24/01/10).
- 105- DUCROUX C. *Les 1001 services dédiés aux séniors.*
Le Quotidien du pharmacien, n°2633, 26/01/2009, p8.
- 106- <http://www.franceparkinson54@gmail.com> (page consultée le 15/11/09).
- 107- HEBUTERNE X., ALIX E., RAYNAUD-SIMON A., VELLAS B. *Traité de nutrition de la personne âgée.*
Collection Springer, Paris, 2009 : p165-166, p169, p239-246, p259-273, p299-301, p245.
- 108- ANONYME. *Traité de nutrition clinique.*
Le Quotidien du Médecin, n°6629, 24/01/2000.
- 109- BASDEKIS J-C. *L'alimentation des personnes âgées et la prévention de la dénutrition.*
Editions Estem, Paris, 2004 : p1-143.
- 110- FERRY M., ALIX E., BROCKER P., CONSTANS T., LESOURD B., MISCHLICH D., PFITZENMEYER P., VELLAS B. *Nutrition de la personne âgée.*
3ème édition, Masson, Paris, 2007 : p27-43, p111-115, p8-9.
- 111- RITZ P., FERRY M. *La dénutrition du sujet âgé : un enjeu majeur de santé publique. Place du traitement adjuvant médicamenteux en pratique de ville.*
La revue de gériatrie, tome 32, n°10, décembre 2007 : p4-5.
- 112- <http://www.has-sante.fr> (page consultée le 12/12/09).
- 113- <http://www.afao.asso.fr/alimentation/aliment.htm> (page consultée le 24/01/10).
- 114- <http://www.locapharm.fr/BDD/images130/110515.jpg> (page consultée le 25/01/10).
- 115- GALTIER D. *Prévenir et traiter la dénutrition de la personne âgée.*
Pharma, n°26, septembre 2007, p55.
- 116- THOMAS D., VERDERY R., GARDNER L. *A prospective study of outcome from protein-energy malnutrition in nursing home residents.*
J.Parenter Enteral Nutrition.
- 117- <http://www.inpes.sante.fr> (page consultée le 12/01 /10).
- 118- HAS. *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Recommandations professionnelles.*
HAS, 2007 : p1-159.
- 119- DIVINE C. *Nutrition et maintien à domicile.*
Cahier II du Moniteur des pharmacies et des laboratoires, n°2401, 02/06/2001.
- 120- http://www.urgencyclopedie.info/index.php/Image:Figure_5.10_la_bouteille_d%92oxyg%E8ne.JPG
(page consultée le 25/01/10).

- 121- http://www.handicap.fr/produits/img3/img_3_1724.jpg (page consultée le 25/01/10).
- 122- <http://www.pangas.ch> (page consultée le 25/01/10).
- 123- SIMON L. *Oxygène, tout se joue à domicile.*
Le pharmacien de France, n°1198, 29/02/2008 : p38-39.
- 124- <http://www.ordre.pharmacien.fr/upload/Syntheses/67.pdf> (page consultée le 13/12/09).
- 125- SOUBRANE G. *Les DMLAs.*
1^{ère} édition, Masson, Paris, 2007 : 10-14.
- 126- GAUTHIER Y. *Les séniors et leur santé. Vieillir...sans en avoir l'air.*
Impact pharmacien, bimensuel n°222, 01/04/2009 : p25.
- 127- <http://www.dmlainfo.fr> (page consultée le 15/12/09).
- 128- VINGERLING J-R., DIELEMANS I. *The prevalence of age-related maculopathy in the Rotterdam Study.*
Ophthalmology, 1995, 102: 205-210.
- 129- SALOMON Y-C., DESMETTRE T. *Dégénérescence maculaire liée à l'âge.*
Edition Greg Colin, 1^{ère} édition, Paris.
- 130- <http://www.maisonvirtuelle.fr/popup.html> (page consultée le 10/12/09).
- 131- <http://www.confortvisuel.com> (page consultée le 20/11/09).
- 132- ENGUIX M. *Facilitez la vie des séniors.*
Pharma, n°53, décembre 2009, p54.
- 133- <http://www.handicat.com/at-num-14483.html> (page consultée le 25/01/10).
- 134- MENU J-P., CORBE C., GRIFFON P. *Le malvoyant.*
Edition Doin, Vélizy, 1996.
- 135- HAMARD H., DUFIER J. *Rôle du pharmacien face aux affections oculaires.*
Fiche technique Cespharm, 2008.
- 136- <http://www.pharmabracille.fr> (page consultée le 07/12/2009).
- 137- SALOMON Y-C, DESMETTRE T. *Guide à l'usage des patients et de leur entourage.*
Edition Bash, 4^{ème} édition, Paris, 2008.
- 138- <http://www.association-dmla.com> (page consultée le 07/12/2009).
- 139- <http://www.rbvpedl-prox.fr> (page consultée le 07/12/2009).

- 140- PETITE S., WEBER A. *Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées.*
Etudes et Résultats, DREES, n°459, janvier, p1.
- 141- <http://www.famille.gouv.fr> (page consultée le 12/10/09)
- 142- <http://www.agevillagepro.com> (page consultée le 12/10/2009)
- 143- ARGOUD D., GUISSSET M-J, VILLEZ A. *L'accueil temporaire des personnes âgées : le droit au répit des familles.*
Editions Syros, Paris, 1994.
- 144- <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/> (page consultée le 12/10/2009)
- 145- TOUCHON J., PORTET F. *La maladie d'Alzheimer.*
Editions Masson, Paris, 2002 : p138.
- 146- GAUTHIER Y. *Les services à la personne : à saisir ! Domissimo, le projet des syndicats.*
Impact pharmacien, n°202, 14/05/08.
- 147- http://www.urssaf.fr/images/ref_form_particulier_11510-01.pdf (page consultée le 18/03/10)
- 148- NOURHASHEMI F., ROLLAND Y., VELLAS B. *Le suivi médical dans la maladie d'Alzheimer.*
Le Concours médical, 2000, 122, 38, 2705-2710.

N° d'identification :

TITRE

MAINTIEN A DOMICILE ET PERSONNES AGEES :
EVALUATION, PLACE ET ROLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LA PRISE
EN CHARGE
APPLICATIONS AUX PATHOLOGIES LES PLUS FREQUEMMENT RENCONTREES
CHEZ LA PERSONNE AGEE

Thèse soutenue le 29 avril 2010

Par Marion HOUVAIN

RESUME :

Vivre sa convalescence, sa rééducation, ou les dernières années de son existence chez soi, entouré de ses proches, est un souhait auquel chacun aspire. Le maintien à domicile apparaît donc comme une réponse aux besoins des personnes âgées.

Regroupant divers modes et alternatives de prise en charge (HAD, SSIAD), le marché du maintien à domicile bénéficie d'une croissance solide lié principalement à l'allongement de la durée de vie et à la chronicisation des traitements dans les pathologies lourdes. En effet, une personne âgée déclare en moyenne 7,6 maladies : une prise en charge individuelle, adaptée à chaque patient, selon ses besoins, ses capacités physiques, mentales et financières, doit se mettre en œuvre.

De tous les professionnels de santé, le pharmacien d'officine est celui qui joue un grand rôle dans le maintien à domicile. En effet, de par sa proximité avec le patient, il pourra répondre au plus juste aux besoins de celui-ci tout en lui assurant une prestation de qualité en partenariat avec les autres intervenants et prestataires.

Le marché du maintien à domicile n'étant pas sous couvert du monopole pharmaceutique, la concurrence se fait sentir. Aussi, le pharmacien a le devoir d'affirmer sa position et son rôle sur ce marché s'il ne veut pas en être exclu !

Les aides humaines ont également toute leur place dans ce domaine, notamment l'aide familiale, qui connaît néanmoins ses limites. Afin de pallier à l'épuisement de l'entourage, de nombreuses alternatives existent.

Plus qu'un enjeu majeur de notre société, le MAD est aujourd'hui un enjeu pour notre profession : remplir nos nouvelles missions est en effet une garantie de pérennité et d'évolution pour l'officine.

MOTS CLES : maintien à domicile - personnes âgées – dépendance- HAD - SAD - matériel médical- réseau de santé- aides humaines- aides financières- aides techniques- incontinence – maladie d'Alzheimer - maladie de Parkinson - dénutrition - oxygénothérapie- DMLA.

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Dr Jacques CALLANQUIN, pharmacien, chargé d'enseignement.	Physiologie, Orthopédie, MAD	Expérimentale <input type="checkbox"/>
		Bibliographique <input type="checkbox"/>
		Thème <input type="checkbox"/> 6

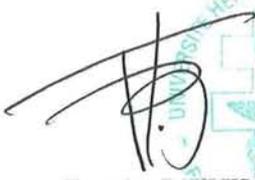
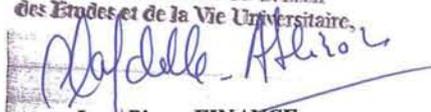
Thèmes

1 – Sciences fondamentales
3 – Médicament
5 - Biologie

2 – Hygiène/Environnement
4 – Alimentation – Nutrition
6 – Pratique professionnelle

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 29 avril 2010

<p style="text-align: center;">DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE</p> <p>présenté par Marion HOUVAIN</p> <p><u>Sujet :</u></p> <p>Maintien à domicile et personnes âgées : évaluation, place et rôle du pharmacien dans la prise en charge. Applications aux pathologies les plus fréquemment rencontrées chez la personne âgée.</p> <p><u>Jury :</u></p> <p>Président : M. Pierre LABRUDE, Professeur.</p> <p>Juges : M. Jacques CALLANQUIN, Docteur en Pharmacie chargé de l'enseignement.</p> <p>Melle Marie-Paule BRAYER, Docteur en Pharmacie.</p>	<p style="text-align: center;">Vu,</p> <p style="text-align: center;">Nancy, le 17 février 2010</p> <p>Le Président du Jury Le Directeur de Thèse</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  M. Pierre LABRUDE, Professeur </div> <div style="text-align: center;">  M. Jacques CALLANQUIN, Docteur en Pharmacie </div> </div>
<p style="text-align: center;">Vu et approuvé,</p> <p style="text-align: center;">Nancy, le 19 MARS 2010</p> <p style="text-align: center;">Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université Henri Poincaré - Nancy 1,</p> <div style="text-align: center;">  Francine PAULUS </div> 	<p style="text-align: center;">Vu,</p> <p style="text-align: center;">Nancy, le 23.3.2010</p> <p style="text-align: center;">Le Président de l'Université Henri Poincaré - Nancy 1,</p> <p style="text-align: center;">Pour le Président et par Délégation, La Vice-Présidente du Conseil des Etudes et de la Vie Universitaire.</p> <div style="text-align: center;">  Jean-Pierre FINANCE APDEVILLE-ATKINSON </div> <p style="text-align: center;">N° d'enregistrement : 3236</p>