



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 55S (2012) e83–e88

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Appareillage des membres inférieurs, orthèses, prothèses (I) : recommandations

Lower limb devices, orthosis, prosthesis (I): Guidelines

Communications orales

Version française

CO03-001-f

Modification de la prescription initiale et du financement du grand appareillage en France : avantages, difficultés, avenir

N. Martinet^{*}, I. Loiret, J. Paysant

Institut régional de médecine physique et de réadaptation de Nancy, 75, boulevard Lobau, 54042 Nancy cedex, France

**Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : noel.martinet@irr.u-nancy.fr.

Sous la désignation « grand appareillage », sont regroupés les différents dispositifs médicaux (DM) inscrits à la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) dans le titre II, chapitre 5 prothèses oculaires et faciales, chapitre 6 podo-orthèses et le chapitre 7 ortho-prothèses.

Les DM sont inscrits soit sous ligne générique soit sous nom de marque. La description actuelle des DM sur la LPP et leur classement à partir des spécificités techniques est ancienne. La HAS a entrepris une révision des lignes génériques reposant sur des critères médicaux-techniques.

La prise en charge du grand appareillage en France reste soumise à la procédure d'accord préalable du contrôle médical. Cette procédure repose sur une prescription médicale établit par un médecin et une demande d'entente préalable complétée par un fournisseur (ortho-prothésiste ou podo-orthésiste). La prise en charge initiale et pour certains renouvellements est maintenant subordonnée à une prescription effectuée par un médecin justifiant d'une spécialité. L'appareillage initial d'un patient ne peut se concevoir sans une évaluation de ses besoins, une fabrication et une adaptation à ses spécificités morphologiques, un apprentissage à l'utilisation dans le cadre de son projet de vie et une évaluation du résultat sur ses capacités et sa participation.

Il y a complémentarité entre la fabrication par les ortho-prothésistes privés, répondant à la grande majorité des prescriptions, et la fabrication dans les établissements de santé. Ces derniers traitent en majorité des situations exigeant une prise en charge initiale globale pluridisciplinaire et coordonnée.

L'appareillage est aujourd'hui pris en charge dans le budget des établissements de soins de suites et de réadaptation, aujourd'hui en dotation globale, demain en tarification à l'activité (T2A). Le nouveau catalogue des actes de rééducation et de réadaptation ne prend pas en compte le coût des DM. Or, le coût de certains dispositifs médicaux dépasse très largement le prix de journée. Cela conduit, compte tenu de la situation financière des établissements, à ne plus pouvoir proposer les dispositifs médicaux justifiés et en cohérence avec le projet de vie du patient. Le risque de voir se développer des pratiques déviantes, irrationnelles pour le patient et coûteuses pour la société est important.

Ces centres, limités en nombre sur le territoire, ont cette expertise clinique mais aussi des missions d'enseignement, de formation des médecins dits « compétents en appareillage », de recherche et d'innovation.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.207>

CO03-002-f

Le consensus formalisé d'experts dans des recommandations de prise en charge de dispositifs médicaux en médecine physique et de réadaptation

E. Schapiro-Dufour^{a,*}, I. Loiret^b, S. Stanel^a, P. Ribinik^c, M. Genty^d, H. Galmiche^a, C. Denis^a, N. Martinet^b

^aHaute Autorité de santé (HAS), 2, avenue du Stade-de-France, 93218 Saint-Denis, France

^bInstitut de régional de médecine physique et de réadaptation (IRR), France

^cCentre hospitalier de Gonesse, France

^dCentre thermal Yverdon-les-Bains, France

**Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : e.schapiro@has-sante.fr.

Mots clés : Évaluation ; Dispositif médical ; Consensus formalisé ; Remboursement

Objectif.— Faisabilité de la méthode du consensus formalisé (CFE) pour l'élaboration de recommandations sur la prise en charge de dispositifs médicaux dans les pathologies les plus courantes de l'appareil locomoteur.

Matériels et méthodes.— Réaliser une revue systématique de la littérature des orthèses tubulaires et bandes.

Recenser les situations cliniques concernées par l'utilisation des orthèses tubulaires et bandes puis lister une série de propositions sur leur intérêt thérapeutique (intervention d'un groupe « de pilotage » de six professionnels de santé).

Modéliser l'avis d'un panel représentatif de professionnels de santé par cotation itérative des propositions (intervention d'un groupe « de cotation » de 12 professionnels de santé sans conflits d'intérêt).

Résultats.— Au total, 305 propositions ont été soumises au groupe de cotation, le taux de participation était de 83 % sans valeurs manquantes dans les réponses : 12,5 % (38/305) ont été classées en consensus Pour (34 % en consensus fort) et 23 % (70/305) en consensus Contre (57 % en consensus fort). Le reste des propositions n'a pas obtenu de consensus.

Discussion.— Le CFE adaptée de la méthode RAND/UCLA assure une transparence des avis. Il permet d'aboutir à des accords/désaccords professionnels dans des situations cliniques élémentaires, grâce à un panel représentatif de prescripteurs des dispositifs médicaux. Il favorise l'aide à la