



FIGURE 1

Dans quelle mesure peut-on accepter la substitution de tout ou partie de l'ordonnance d'un traitement par bas médical de compression ?

Leur inscription sur une même ligne de tarification dite « générique » est opérée en fonction de spécifications techniques minimales communes (et d'une même indication thérapeutique).

Ainsi, les produits inscrits sous une même ligne LPP ne peuvent être vus comme « interchangeables ».

Ils présentent en effet des caractéristiques dites « minimales » communes mais présentent également des caractéristiques différentes qui leur sont propres et qu'il est essentiel de prendre en compte lors de leur prescription ou même, en l'absence de prescription, en vue d'une utilisation optimale par le patient [13].

Pour les BMC, cela signifie qu'ils font partie d'une même famille partageant un socle commun que sont la mesure de la pression et certaines caractéristiques de fabrication (liées au cahier des charges).

Ces BMC sont différents pour les autres paramètres, ce que montre l'analyse des profils de pression de différents bas médicaux de compression commercialisés [14].

Par exemple, l'analyse des pressions délivrées le long de la jambe par les chaussettes commercialisées de classe 3 montre que ces pressions qui, dans l'ensemble, s'inscrivent bien dans leur classe de pression à la cheville, peuvent être très différentes au mollet.

De plus, si les BMC délivrés en France sont considérés comme dégressifs, le profil de dégressivité est différent d'un bas à l'autre [14].

On pourrait donc distinguer des catégories de bas dans chaque classe de pression : des BMC de pression plus ou moins élevée à la cheville, au mollet, entre le repos et la marche.

Si le choix de la marque par le prescripteur est fait en connaissance de cause, alors la substitution par le délivreur en l'absence d'accord du prescripteur pourrait être considérée comme une faute.

Mais cette compétence du prescripteur est elle une réalité ? Probablement pas. Parallèlement, le pharmacien orthopédiste-orthésiste et l'orthoprothésiste substituent-ils alors en bons connaisseurs des différences entre les marques et références de bas ou du fait d'autres contingences comme la « pression » commerciale ? On ne peut répondre précisément à ces questions.

De plus, la pression économique est telle que la « baisse des prix », autrement dit le « gain économique » à tous les niveaux, sur le dos des bas médicaux de compression, ne peut être une spirale sans fin.

Conclusion

Les règles déontologiques et le bon sens commun s'imposent : à chacun sa compétence.

D'où la nécessité de ne pas négliger la formation initiale de chaque intervenant et, par là même, proscrire des achats qui ne passeraient pas par un contact physique entre patient et dispensateur.

Une relation professionnelle ouverte entre le prescripteur et le dispensateur doit se mettre en place et doit être entretenue pour améliorer l'observance qui, dans la compression médicale par bas, reste le maillon faible de ce traitement, malgré les améliorations esthétiques apportées par les fabricants.

Références

1. Rastel D. La substitution des bas de compression. Les Cahiers de la compression 2012 ; 2 : 26-30.
2. Convention nationale des médecins - article 56 - p. 44. Arrêté du 22 septembre 2011 JORF 25 septembre 2011.
3. HAS. Dispositifs de compression médicale à usage individuel. Utilisation en pathologie vasculaire. Révision de la liste des produits et prestations remboursables. Septembre 2010. 306 pages.
4. Vignes S., Fournier J. Analyse qualitative des prescriptions de compressions élastiques pour pathologies veineuses et lymphatiques des membres inférieurs. J. Mal. Vasc. 2008 ; 37-8.
5. Gillet J.-L., Allaert F.-A. Étude en pharmacie d'officine des déterminants de l'observance d'une compression élastique sur prescription médicale et de la satisfaction des personnes à son égard. Phlébologie 2013 ; 66 : 14-21.
6. Ouvry P., Arnoult A.-C., Genty C., Galanaud J.-P., Bosson J.-L. Le groupe de travail « maladie thromboembolique veineuse » de la Société française de médecine vasculaire. Compression therapy and deep-vein thrombosis: A clinical practice survey. J. Mal. Vasc. 2012 ; 37 : 140-5.
7. Allaert F.-A., Gardon-Mollard C. Les difficultés liées à l'usage de la compression médicale. Phlébologie 2011 ; 64 : 11-5.
8. Arrêté du 1 février 2011 relatif aux professions de prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées. JORF 3 février 2011.
9. Cornu-Thénard A., Boivin P., Carpentier P.H., Courtier F., Ngo P. Superimposed elastic stockings: pressure measurements. Dermatol. Surg. 2007 ; 33 : 269-75.
10. Rastel D., Lun B. La théorie de la superposition des bas médicaux de compression expliquée par la mécanique des matériaux et applications cliniques. J. Mal. Vasc. 2007 ; 32(2) : 71-2 Po8.
11. Guillaud M. Orthèses de contention / compression. Application des bonnes pratiques de dispensation à l'officine. Thèse de Pharmacie. Universités Joseph Fourier, Grenoble, 2014, 116 p.
12. Rastel D. Les contre-indications, effets secondaires et précautions d'usage du traitement par compression médicale élastique dans les affections veineuses. Phlébologie 2014 ; 67 : 50-7.
13. Substitution « générique » du dispositif médical : la position du SNITEM du 20 novembre 2013 ; site du SNITEM : <http://www.snitem.fr>
14. Rastel D., Le Floch E. Il faut connaître les profils de pression des bas médicaux de compression. Exemple de la classe 3. Phlébologie 2012 ; 65 : 34-9.