

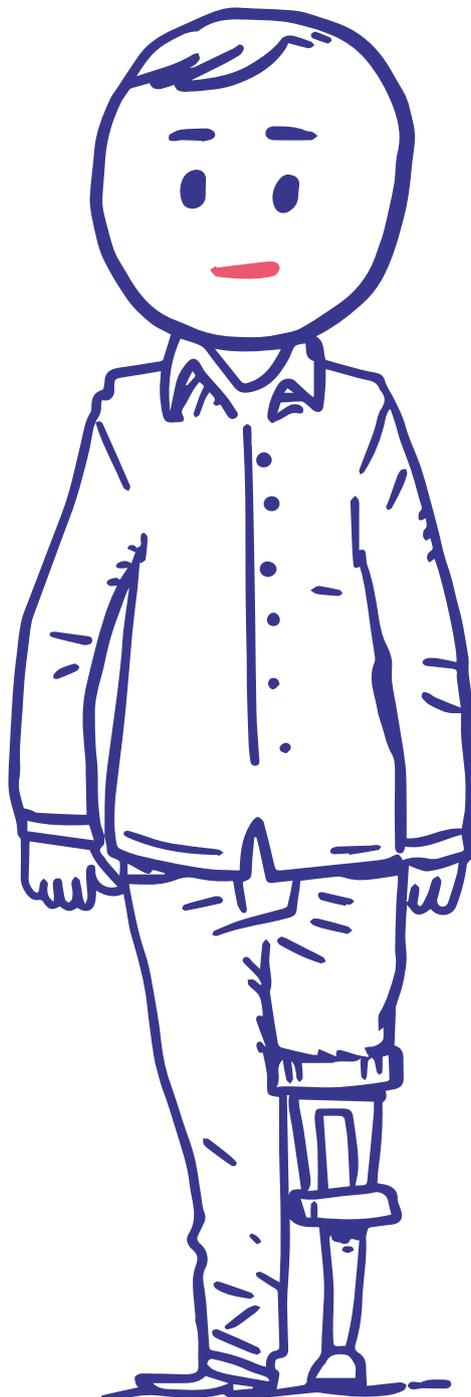
CRAPS LOG

LE MAGAZINE D'INFORMATION DU CRAPS

HORS-SÉRIE

LE GRAND APPAREILLAGE ORTHOPÉDIQUE

Production KPMG - Audit du système réglementaire du Grand Appareillage Orthopédique (mars 2017)



18

Isabelle Adenot

Présidente de la
CNEDIMTS (HAS)

22

André Tanti

Vice-Président du CEPS

26

Masse Niang

Président de la FATO

Le sommaire

14

LES CHEMINS DE LA RECONQUÊTE



- 4 - Les discours :** Benoît Baumgarten et Philippe Fourny
- 8 - L'image :** Tournage du court-métrage, Les chemins de la reconquête
- 10 - Focus :** Le court-métrage, Les chemins de la reconquête
- 14 - Le dossier : Le Grand Appareillage Orthopédique !**
Avec Les interviews : Isabelle Adenot, Dominique Fillonneau, Jean-Pierre Lissac, Masse Niang et André Tanti
- 40 - Le portrait :** Interbor - Association internationale des entreprises d'appareillage orthopédique
- 42 - La tribune :** Le Grand Appareillage, Jérôme Cottalorda - Tout savoir sur les appareillages orthopédiques externes et ceux qui les conçoivent , Phillipe Fourny et Rémi Kohler
- 47 - Le fait historique :** Homo erectus, le combat d'une profession

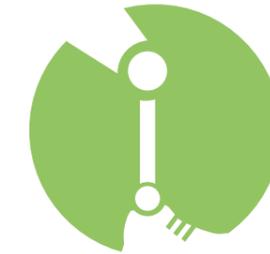
Journal trimestriel d'information et de réflexion du CRAPS

Directeurs de publication : Jean-Claude Mallet et Fabien Brisard

Directeur du comité de rédaction : Hervé Chapron - Crédits photos : shutterstock.

CRAPS : 54, rue René Boulanger 75010 Paris - 01 73 75 41 09 - accueil@association-craps.fr

Conception et réalisation : Pierre-Maxime Claude



ASSISES NATIONALES DE L'APPAREILLAGE ORTHOPÉDIQUE

Lundi 13 novembre, Palais du Luxembourg
Co-organisées par l'UFOP et le CRAPS



DISCOURS D'OUVERTURE DU PRÉSIDENT DE L'UFOP POUR LES ASSISES NATIONALES DE L'APPAREILLAGE ORTHOPÉDIQUE

Reconnus professionnels de santé depuis 2007 nous œuvrons depuis la nuit des temps à la compensation externe du handicap. Trace lointaine en témoignant, des lettres patentes de Charles VI qui en 1398 permettent l'établissement d'une confrérie sous la protection de Saint-Brieuc. Mais en ce haut lieu de la République française unie, indivisible et laïque je préfère citer les mots magiques qui ornent depuis plus de deux cent ans nos frontispices républicains : Liberté, Egalité, Fraternité. Car c'est aussi de cela dont nous voulons débattre aujourd'hui.

MAIS AVANT TOUT QUELQUES CHIFFRES POUR INTRODUIRE MON PROPOS : NOTRE SECTEUR D'ACTIVITÉ COMPTE ENVIRON 125 ENTREPRISES (SOIT 232 ÉTABLISSEMENTS RECEVANT DE LA CLIENTÈLE EN TENANT COMPTE DES ÉTABLISSEMENTS SECONDAIRES) POUR UN CA ANNUEL HT EN 2015 DE 346 MILLIONS D'EUROS (DONT 277 MILLIONS D'EUROS POUR LE SEUL GRAND APPAREILLAGE ORTHOPÉDIQUE) SOIT UNE DEMI-JOURNÉE DU BUDGET ANNUEL DE L'ASSURANCE MALADIE. Elles

délivrent chaque année près de 160 000 appareillages sur mesure pris en charge à 100% : les prothèses qui remplacent un membre, ou les orthèses qui suppléent une carence – et dans lesquelles sont intégrés les corsets – sont conçues par près de 800 orthoprothésistes titulaires d'un diplôme post BAC délivré en trois ans. Ces chiffres ne concernent que les entreprises de grand appareillage orthopédique sur mesure du secteur privé représentées à 90% par l'UFOP. Il faut compter une centaine environ d'orthoprothésistes

qui exercent au sein d'autres entités : centres de rééducation, Sécurité Sociale, associations humanitaires. Le grand appareillage orthopédique externe sur mesure en France est un écosystème fragile, fondé sur une coopération forte avec la puissance publique (Ministère de la Santé, Education Nationale, HAS -CNEDIMTS, CEPS, Assurance Maladie...) et caractérisé par une totale transparence administrative, économique et financière ainsi qu'un partage des expertises qui génère de la confiance réciproque au bénéfice de la personne appareillée en situation de handicap. Dans ce contexte, les entreprises d'appareillage réalisant la totalité des appareillages orthétiques de première mise et l'ensemble des appareillages prothétiques renouvelés, on peut parler de délégation de service public de fait.

ALORS TOUT VA BIEN ? PAS TROP MAL SI ON SE COMPARE, MOINS BIEN SI ON SE REGARDE. REVENONS À LA DEVISE RÉPUBLICAINE EN MATIÈRE DE LIBERTÉ, COMME L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, LE PATIENT EST LIBRE DE SON CHOIX D'ORTHOPROTHÉSISTE. Seuls quelques médecins spécialistes sont autorisés à prescrire les appareillages orthopédiques. Citons parmi les plus fréquents les MPR et les chirurgiens orthopédiques. Après entente préalable, l'orthoprothésiste conçoit et réalise, toujours sur mesure le dispositif prescrit. Il doit se conformer strictement pour cela à la LPPR dont la rigidité ne favorise pas les mises à jour. C'est désormais un outil obsolète, conçu en 1947 lorsque notre profession était constituée exclusivement d'artisans qui façonnaient le bois, le cuir, l'acier et le duralumin et qui ne correspond

plus aux acteurs de l'appareillage. Vous découvrirez ainsi au fil des tables rondes que les prothèses de bain, les housses de corset siège, les prothèses de sport et les enveloppes externes reproduisant la surface de la peau n'y figurent pas. La liberté est ici limitée par une nomenclature peu lisible et rigide. Nous en demandons ici solennellement la refonte totale dans un cadre bien entendu respectueux de la bonne gestion des fonds publics : à iso coût pour iso périmètre.

L'ÉGALITÉ ENSUITE QUI SE RETROUVE MISE À MAL EN FONCTION DES INTERPRÉTATIONS LOCALES ET PERSONNELLES. L'empilement des références (près de 1500, soit la moitié de toutes les références de la LPPR !) a entraîné au fil des années des incompréhensions, des quiproquos et des assimilations toujours préjudiciables aux patients. Cet empilement de descriptions techniques ne correspond plus ni à la pratique, ni aux attentes de ses utilisateurs : médecin prescripteur, évaluateur, tarifeur, payeur, contrôleur, orthoprothésiste et patient. Il doit devenir un outil d'aide à la prescription qui, combinant par exemple la nomenclature INTERBOR et la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF), permet de concevoir une prothèse ou une orthèse qui réponde au projet de vie du patient. Par ailleurs, les procédures d'inscription de dispositifs innovants sont inadaptées à l'étroitesse et aux spécificités du sur mesure. Il faut ici repenser l'évaluation des appareillages orthoprothétiques en faisant preuve de créativité : création de centre référent, cohorte européenne ? Je ne sais pas. Mais je sais qu'il faut ici également évoluer. Enfin, toujours à l'aune de la liberté, il est

fondamental de faire évoluer notre diplôme et notre formation. Le BTS en trois ans – une chimère juridique – nous éloigne de nos autres confrères professionnels de santé. Nous voulons être leurs égaux et, au même titre que les kinésithérapeutes et les infirmières, nous inscrire définitivement et rapidement dans un processus LMD.

LA FRATERNITÉ ENFIN, INCARNÉE PAR UN TARIF OPPOSABLE ET UNE PRISE EN CHARGE À 100%. FRATERNITÉ QUI SE TRADUIT DONC PAR UNE SOLIDARITÉ NATIONALE QU'A SOUHAITÉ DÈS SA CRÉATION LE LÉGISLATEUR. Nous lui en sommes grès et avec nous le million de citoyens qui en bénéficie. Le consentement à l'impôt ne rencontre pas ici de réticences, en tout cas je l'espère. Mais si nous ne demandons pas plus nous ne demandons pas moins non plus mais mieux. Depuis 25 ans nous avons établi avec la puissance publique des rapports caractérisés par la transparence et la proactivité. Transparence quant à la documentation de plus en plus exhaustive que nous lui remettons chaque année depuis 1992 : notre enquête professionnelle statistique annuelle. Fondée au départ sur une centrale de bilans de 40 entreprises nous l'avons fait évoluer il y a six ans en la sous-traitant à Opinion Way. Ce sont désormais 88 entreprises représentant 91% de chiffre d'affaires de notre secteur qui renseignent plus de 170 variables. Et ce fut à notre initiative, anticipant ainsi sur les attentes de l'Accord Cadre du CEPS signé en 2011 avec 26 autres organisations professionnelles. Mais nous ne nous sommes pas contentés de cette transparence, nous l'avons complétée par de la proactivité en participant à un haut niveau de contribution à la nomenclature des prothèses de membres inférieurs en



Benoît Baumgarten, Président de l'UFOP

1986, à la nomenclature des prothèses de membres supérieurs en 2010 (la HAS remercia d'ailleurs l'UFOP dans son texte court), à la nomenclature des corsets sièges en 2015. Dans le même esprit nous avons pris l'initiative de proposer à la CNAMTS une rénovation de la LPPR en supprimant près de 400 lignes obsolètes

et surtout nous avons financé un audit des conditions de prise en charge, réalisé par KPMG, afin d'installer un cadre de travail pour la refonte totale de la LPPR. •



DISCOURS D'OUVERTURE DU DÉLÉGUÉ GÉNÉRAL DE L'UFOP POUR LES ASSISES NATIONALES DE L'APPAREILLAGE ORTHOPÉDIQUE

Peu coutumière des feux de la rampe et des ors de la République, la profession des orthoprothésistes que j'ai l'honneur et le privilège de représenter en qualité de Délégué Général de son syndicat professionnel, l'UFOP, souhaite profiter de cette rencontre pour mieux se faire connaître de la puissance publique. J'aurais même pu dire, se faire connaître tant le déficit de connaissance de notre profession et de ses spécificités sont méconnus. C'est une loi qui vaut en astronomie comme en sociologie et en politique : Jupiter occulte par sa taille Mercure qui par ailleurs, lorsqu'il est un dieu grec, présente l'inconvénient en France de porter deux attributs jugés antinomiques : le caducée et la bourse. C'est bien notre effectif très réduit (il y a en France 800 orthoprothésistes et 550 000 infirmières) et notre mission de service public de fait en matière de compensation du handicap exercées à plus de 95% par nos entreprises privées qui atténue notre image.

EN RÉSUMÉ TROP PETIT ET TROP PRIVÉ. CES PREMIÈRES ASSISES VISENT À CORRIGER CETTE IMAGE ET SURTOUT À FAIRE ÉMERGER PAR L'ÉCHANGE LA NOBLESSE DE NOTRE PROFESSION TOUTE ENTIÈRE ORIENTÉE VERS LA COMPENSATION DU HANDICAP. Le court-métrage projeté en avant-première ce matin donnait à voir, caméra épaule, les caractéristiques de ces échanges si particuliers qui unissent, souvent au long cours, le patient appareillé en situation de handicap et son orthoprothésiste. Les vidéos qui introduiront les quatre tables rondes visent, pour ceux qui ne nous connaissent pas bien, la pédagogie par l'image. Donner à voir ce que nous sommes et ce que nous faisons tout au long de la vie : l'enfant

polyhandicapé est stabilisé et peut se tenir debout grâce à son verticalisateur, l'adulte amputé travaille et pratique de nouveau son sport favori, la personne âgée retrouve sa dignité dans son corset siège sur mesure. Cycle de la vie, phases d'une vie, autant de situations auxquelles autant d'appareillages sur mesure répondent. Rien de tel donc pour corriger une image que d'en produire de nouvelles. Mais cela ne suffit pas. Vous l'aurez compris, trop isolés pour demeurer seuls, nous avons souhaité ajouter aux images le son, la parole ou plus exactement les paroles, le débat. Sinon il ne s'agirait pas d'assises. C'est pourquoi vous retrouverez à chaque fois, lors des quatre tables rondes, un patient, un professeur de médecine référent du domaine évoqué, deux orthoprothésistes et un représentant de la puissance publique. Tous s'inscrivent dans la chaîne de valeur et de décision de l'appareillage : de l'évaluateur au payeur en passant par le tarifeur, le prescripteur et l'orthoprothésiste sans oublier bien entendu le plus important, le patient. Qu'ils soient tous ici solennellement remerciés pour le temps qu'ils nous accordent.

J'AJOUTERAI AVEC GRAND PLAISIR À CES REMERCIEMENTS L'ÉQUIPE DU CRAPS, PARTENAIRE ET SUPPORTER DE L'UFOP DEPUIS LES PREMIERS JOURS. NOUS LEUR DEVONS D'AILLEURS UN MOMENT MAGIQUE QUI VA SE DÉROULER LÀ, MAINTENANT, SOUS VOS YEUX. ETES-VOUS PRÊTS ? Un, deux, trois, ça y est. Vous venez de recevoir sur vos boîtes mail le magazine CRAPSLOG spécial ANAO. Bravo et encore merci. Merci également aux Présidents et Directeurs Généraux des mutuelles KLESIA, MGP, MGEN et UNEO ainsi que le Secrétaire Général d'ENEDIS et les administrateurs de l'UFOP, son Président – mon Président – Benoît Baumgarten en

tête dont le soutien moral, technique et financier a permis de voir éclore cette belle journée.

VOILÀ POUR LES MOTIFS, LA MÉTHODE ET LES ACTEURS. DEMEURE UNE QUESTION FONDAMENTALE : POURQUOI MAINTENANT ?

Pour trois raisons principales :

- Tout d'abord nous sommes convaincus d'être au bout d'un système de prise en charge de nos patients régit par une Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR, Titre II, Chapitre 7) à bout de souffle qui entraîne incompréhension et frustration de l'ensemble des acteurs qui vont débattre. Un récent audit de KPMG le confirme ainsi qu'un sondage effectué auprès des professionnels de santé par l'AFA-AMPAN lors de son dernier congrès à Beaune au mois de juin. Il réunissait 184 congressistes (6 patients, 59 orthoprothésistes privés, 6 orthoprothésistes de centre, 6 orthoprothésistes conseillers techniques, 3 médecins libéraux, 31 médecins salariés, 6 médecins conseils, 27 industriels et chercheurs, 6 paramédicaux de rééducation et 7 institutionnels). Le taux de réponse moyen oscillait entre 145 et 150 réponses. À la question : « Pensez-vous que la révision en cours (sans refonte de la LPPR) sera suffisante pour répondre à tous vos besoins professionnels ? » 109 congressistes ont répondu : « Non, une refonte de la LPPR sera nécessaire ». C'est le plus haut score recueilli lors de ces journées de l'appareillage. Il est temps de l'acter et de prendre date ;

- Ensuite une nouvelle mandature s'est installée depuis le mois de mai dernier et de nouveaux décideurs sont aux commandes. L'occasion nous est donnée ici de délivrer les attentes collectivement exprimées lors de ces assises ;

- Enfin nous ne pouvions manquer le grand rendez-vous médiatique annuel de la semaine européenne de l'emploi des personnes en situation de handicap pour nous inscrire résolument et avec fierté dans ce double défi que nous relevons quotidiennement avec nos patients : se tenir droit physiquement grâce à nos appareillages et se tenir droit moralement grâce aux emplois qu'ils permettent d'obtenir et de conserver.

PUISSE CES OBJECTIFS PRENDRE CORPS À L'ISSUE DE CES PREMIERS ÉCHANGES QUI SERONT PARFOIS VIFS MAIS TOUJOURS PASSIONNÉS ET CONSTRUCTIFS SOUS LA HOULETTE BIENVEILLANTE ET VIGILANTE DE BRUNO ROUGIER. C'est le pari de l'UFOP, c'est le pari de notre partenaire le CRAPS, c'est le pari des milliers d'acteurs de la filière du grand appareillage orthopédique externe sur mesure qui attendent des mesures structurelles d'amélioration. Car vous l'aurez compris, lorsque l'on est en situation de handicap, il faut avoir un appareillage orthopédique de compensation adapté.

Ces objectifs doivent être maintenant concrets et rapides. •



Philippe Fourny, Délégué Général de l'UFOP



Réalisation du court-métrage « Les chemins de la reconquête ».

Sofia Alaoui, réalisatrice du film « Les chemins de la reconquête » aux côtés des acteurs au sein de l'entreprise Airbus de Toulouse.



COURT-MÉTRAGE LES CHEMINS DE LA RECONQUÊTE

SYNOPSIS

Au plus près de patients qui ont des membres manquants ou défaillants, la caméra de Sofia Alaoui s'immisce dans la relation entre patient et orthoprothésiste pour explorer les enjeux qui leur sont propres. Entre les désirs de chacun et les réalités de leur concrétisation, le chemin de la reconquête n'est pas toujours évident.

LA RÉALISATRICE : SOFIA ALAOU

Née au Maroc d'une mère savoyarde et d'un père berbère, Sofia a passé son enfance entre le Maroc et la Chine accompagnant ses parents au gré de leurs pérégrinations en Asie, en Afrique et au Moyen-Orient. Aujourd'hui, c'est par le prisme de l'écriture et de la réalisation qu'elle veut explorer le monde qui l'entoure. Après avoir réalisé un documentaire (« Les enfants de Naplouse », multi-diffusés sur France 3) et plusieurs courts-métrages de fiction (« Kenza des Choux », « Ali », « Le rêve de Cendrillon »), Sofia développe un premier long-métrage de fiction « L'Emir du Nord », finaliste du Prix Sopadin Junior, un prestigieux prix de scénarii. À côté de ses projets personnels, elle collabore sur des longs-métrages en tant que co-auteur ou consultante. Depuis mars 2017, Sofia est marraine de la fondation pour l'Enfance qui, depuis 1977, se bat pour la défense des droits de l'enfant, et pour améliorer la protection de l'enfance.



Sofia Alaoui

EQUIPE TECHNIQUE ET ARTISTIQUE

Producteur Le CRAPS	Etalonnage Jade de Brito
Écrit et Réalisé par Sofia Alaoui	Composition musicale Céline Di Simone
Producteur Exécutif Chasse à Courts	Graphisme CRAPS
Prises de vues Sofia Alaoui	Auditorium Les Studios Palace
Ingénieurs son Guillaume Fouques Olivier Thorat Samuel Levy Micolini Sofia Alaoui	Laboratoire Melocoton Films
Chef Monteuse Ludivine Saes	Avec le soutien de MGP UNEO KLESIA ENEDIS MGEN APAMP UFOP
Assistant Monteuse Nicolas Economides	
Monteur et Mixeur son Benjamin Feuillade	

Le CRAPS présente



LES CHEMINS DE LA RECONQUÊTE

avec le soutien de
MGP, UFOP, UNEO, MGEN, ENEDIS, APAMP, KLESIA
Écrit et réalisé par Sofia Alaoui
Producteur CRAPS
Producteur Exécutif Chasse à Courts
Montage Ludivine Saes
Musique Originale Céline Di Simone
©2017 CRAPS





INTERVIEW *DE LA RÉALISATRICE*

Peux-tu nous parler de ce film ?

« Les chemins de la reconquête » est un documentaire tourné sur 7 mois, et qui cherche à comprendre la relation entre le patient, sa prothèse ou orthèse, et son applicateur (orthoprothésiste) à travers des portraits de plusieurs patients.

Pourquoi avoir accepté la réalisation de ce film ?

L'orthoprothésie est un métier que je ne connaissais pas. En tant que scénariste de fiction, j'avais développé tout un imaginaire nourri aux séries TV, films de cinéma sur ce qu'étaient les prothèses. Je suis quelqu'un de particulièrement curieux et j'avais envie de confronter mon imaginaire à la réalité. En tant que réalisatrice et scénariste, je suis particulièrement curieuse et ouverte à toutes les opportunités permettant de bousculer les idées reçues, les préjugés ou les images stéréotypées. La réalité a bouleversé ce que je projetais sur le sujet. Quand on parle de prothèse aujourd'hui c'est toujours pour parler d'innovation technologique. Il y a un univers très futuriste qui s'est développé autour du sujet. Or, dans le documentaire on voit bien qu'on est loin de ces images-là. L'orthoprothésie est un métier très artisanal. La relation entre l'appareillé et l'applicateur est essentielle. Il me semble important de mettre en exergue ce qu'est aujourd'hui l'orthoprothésie, ce que sont les prothèses est essentiel pour comprendre les enjeux actuels et futurs.

Comment as-tu été reçue par les acteurs/participants au film pendant le tournage ?

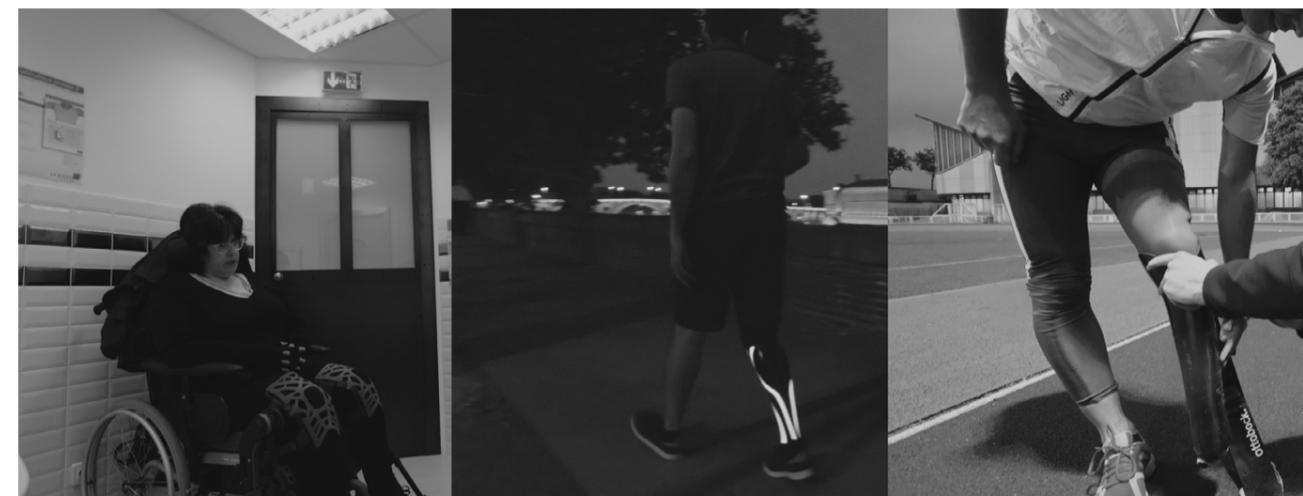
J'ai beaucoup été aidée par les orthoprothésistes qui m'ont permis de faire toutes ces belles rencontres. Même s'ils étaient nombreux à être septiques à l'idée d'être filmés, il m'a fallu convaincre de ma démarche, de ma sincérité. Aussi, mon dispositif permettait aussi de développer du lien car je reste toujours un peu à l'écart, discrète, non intrusive. L'objectif était de réussir à se faire oublier et cela a marché. Dès que le lien se crée, on a accès à plus de choses et les participants se sont réellement investis dans le projet. Je pense à Christophe, à Ophélie et à Hamid que j'ai suivi longuement.

Comment as-tu abordé le film sur le plan technique ?

Comme je n'aime pas les interviews frontaux et que je préfère que la caméra soit réceptrice d'atmosphère de sensations, il me fallait être discrète pour avoir ce dont j'avais besoin. Les participants ne sont pas des acteurs et la présence d'une caméra, d'un ingénieur du son avec sa perche peut vraiment déranger. J'ai donc effectué seule des premiers repérages filmés. Pour que l'équipe du cabinet d'orthoprothésie me découvre. Puis, dans un second temps à plusieurs mois d'intervalle, je suis revenue avec un ingénieur du son. Les participants me connaissaient déjà et ils étaient habitués à ma présence continue. Cela dit, nous étions une petite équipe et c'était essentiel pour le film et ce qui s'y raconte. Sinon il aurait été difficile de nous faire « oublier », et on aurait senti la gêne de certains à des moments, plus de regards caméras, et un manque de sincérité dans les échanges.

Un film c'est avant tout des rencontres, que retiens-tu de celles-ci ?

C'est difficile de résumer une vingtaine de belles rencontres en une phrase. Chaque personne est très différente et exprime son handicap d'une manière différente. Certains sont courageux, audacieux et impliqués. D'autres n'ont pas leur force. C'est humain, tout le monde ne réagit pas de la même manière face à un événement. Quand on voit l'horreur de notre société contemporaine, la dureté des relations dans le monde du travail, l'opulence de certains alors que d'autres n'ont rien, il y a une chose qui m'a marquée entre toutes ces rencontres, c'est qu'en dépit de la fragilité, de l'injustice que certains ont vécue, malgré un quotidien parfois pénible, toutes les personnes que j'ai rencontrées ont une belle âme qui n'a pas été corrompue par leur vécu. Elles sont sensibles, profondément humaines et pleines d'espoir, et ça c'est une vraie leçon de vie.





LE GRAND APPAREILLAGE ORTHOPÉDIQUE

Production KPMG - Audit du Système réglementaire du Grand Appareillage Orthopédique (Mars 2017)



Le Grand Appareillage Orthopédique (GAO) est un secteur à part dans le domaine de la santé. Le GAO ne guérit pas une maladie mais compense un handicap lourd : il contribue à soulager et à améliorer la vie de patients souffrant de maladies ou de handicaps.

Aux yeux de la collectivité, il s'agit d'un secteur invisible : invisible par le petit nombre de patients et le nombre restreint de professionnels associés au regard des grandes pathologies, invisible par un faible montant des dépenses remboursées par la Sécurité Sociale, invisible, enfin, par des appareillages qui se voient peu : un amputé fémoral est de moins en moins remarqué par sa démarche. Le Grand Appareillage Orthopédique constitue ainsi ce qui pourrait être appelé un secteur « orphelin ». Les images impressionnantes des Jeux Paralympiques ou du retour d'handicapés à une activité physique ou professionnelle grâce à des appareillages innovants placent sous le feu de la rampe certains patients appareillés ; cependant, la grande masse des patients reste souvent ignorée. De par son manque de visibilité, la profession même d'orthoprothésiste se confond avec le prothésiste dentaire, le chirurgien orthopédiste, ou encore le fabricant de prothèses internes de hanche. En ce sens, le secteur du Grand Appareillage Orthopédique souffre même d'une injustice en matière de sémantique : le confort du patient suppose communément bien-être pour les pouvoirs publics, et n'a donc pas vocation à être pris en charge par la collectivité. Cependant, en matière de compensation du handicap, le confort apaise une douleur physique et émotionnelle quotidienne. De manière

similaire, l'esthétique s'apparente à une requête personnelle de beauté non associée à une pathologie lors d'une opération de chirurgie, tandis qu'en matière de Grand Appareillage Orthopédique, l'esthétique atténue un regard oppressant porté par les autres. À ce titre, le pretium doloris et le préjudice esthétique sont reconnus par les tribunaux en cas d'accident en matière de droit à la compensation pour la victime, alors que la Sécurité Sociale prend rarement en charge des appareillages à haut degré de technicité et autres revêtements esthétiques à ce jour. L'indifférence médicale touchant le Grand Appareillage Orthopédique constitue ainsi un véritable défi pour des protagonistes comme les patients, les médecins prescripteurs, ou les orthoprothésistes, qui rencontrent, aujourd'hui comme par le passé, des difficultés à faire reconnaître la spécificité du secteur auprès des Autorités de Santé et du grand public en général.

Passage obligé pour la mise au remboursement d'un nouvel appareillage médical et la formation ou l'administration des 160 000 appareillages neufs par an, la LPPR (Liste des Produits et Prestations Remboursables) est l'outil de structuration majeur du système réglementaire et référent quotidien des médecins prescripteurs et des orthoprothésistes. Or, sa non-actualisation depuis de nombreuses années la rend obsolète à la réalité de l'appareillage en 2017. La configuration actuelle de la LPPR laisse une importante marge d'interprétation aux parties prenantes, aboutissant à une hétérogénéité de prise en charge sur le

territoire. La loi handicap de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, a mis en lumière le secteur du Handicap, le faisant ainsi davantage connaître du grand public. Or, la prise en charge des personnes nécessitant un appareillage orthopédique sur mesure est certes égalitaire, mais pas parfaitement équitable en s'appuyant sur les grands principes édictés par cette loi. Dans le cadre de son action de représentation des entreprises d'orthoprothésistes, l'UFOP a ainsi souhaité

qu'il existe différents modèles de prise en charge, le système français paraissant relativement efficient. Malgré des atouts clés pour l'avenir, il convient cependant de réformer le système réglementaire français afin d'améliorer la prise en charge du patient. Dans ce contexte, des mesures doivent être mises en œuvre pour un outil de prise en charge plus adapté, le tout dans une enveloppe budgétaire maîtrisée.

Le Grand Appareillage Orthopédique (GAO) : au coeur de la prise en charge du handicap

A. Deux niveaux de prise en charge distincts entre le Petit et le Grand Appareillage Orthopédique

1. Le Grand Appareillage Orthopédique est un dispositif médical externe avec un large spectre de fonctions : compensation du handicap, traitement ou palliation d'une malformation congénitale

a. La prothèse externe remplace des membres amputés dans un contexte de forte charge émotionnelle, pour un nombre relativement restreint de patients

Les prothèses externes représentent 11% du volume des appareillages conçus par les orthoprothésistes, soit environ 17 650 appareils par an. La prothèse est un dispositif médical orthopédique visant à remplacer une partie du corps. On distingue deux types de prothèses externes, selon les niveaux anatomiques à appareiller :

- Prothèse pour le membre inférieur, partant de la hanche aux orteils (près de 16 100 appareils par an) ;

- Prothèse pour le membre supérieur, zone allant de l'épaule aux doigts (près de 1 550 appareils par an).

L'essentiel des prothèses concerne donc le

membre inférieur.

Une prothèse doit répondre à plusieurs critères : facilité de mise en place, confort pour être tolérée toute la journée, sécurité, fiabilité et fonctionnalité. La prothèse doit permettre aux patients de se réinsérer dans leur environnement quotidien suite à une amputation, vécue très souvent comme un drame par le patient et son entourage. L'amputation d'un membre inférieur constitue, pour la personne qui la subit, une épreuve physique et psychologique majeure. L'appareillage remplace ainsi le membre amputé et vient compenser un handicap lourd, dans un contexte de forte charge émotionnelle.

Une prothèse se compose de divers éléments :

- Le manchon est l'interface entre le moignon et l'emboiture, il permet d'assurer une meilleure répartition des appuis et un contact uniforme avec l'emboiture. Le manchon est principalement composé de silicone ;

Les prothèses externes représentent 11% du volume des appareillages conçus par les orthoprothésistes, soit environ 17 650 appareils par an.

établir un audit du système réglementaire du Grand Appareillage Orthopédique. L'initiative doit permettre d'analyser le fonctionnement du système pour émettre des propositions d'amélioration. Pour ce faire, nous avons cherché à apprécier l'adéquation de l'outil de prise en charge du Grand Appareillage Orthopédique face aux attentes des patients, des prescripteurs, des orthoprothésistes, des fournisseurs industriels, et des Autorités de Santé. Le Grand Appareillage Orthopédique (GAO) est au coeur de la prise en charge du Handicap. Toutefois, le GAO ne touche qu'une faible population de patients et est appelé à rester de taille modeste sur le plan économique. L'étude des pays voisins montre

Les orthèses représentent 89% du volume des appareillages conçus par les orthoprothésistes, soit environ 142 300 appareils par an.



Le dossier

- L'emboiture est conçue sur moulage pour correspondre exactement aux volumes du moignon. Elle est composée en plexiglas, carbone ou en résine pour répondre aux exigences de légèreté et de solidité ;

- Le reste de la prothèse est un assemblage sur mesure des composants prothétiques, conçus en série, pour respecter l'alignement du membre du patient selon des principes biomécaniques (tubes, pieds, main, genoux, articulations etc.). Les composants comme les pieds, mains ou genoux sont considérés comme des produits se déclinant en divers degrés de technicité.

Un patient amputé aura le droit à trois prothèses : une prothèse provisoire lors de son séjour en rééducation et deux définitives octroyées à sa sortie. Le patient a ensuite droit au renouvellement de ses prothèses.

b. L'orthèse, quant à elle, est destinée à corriger une déviation, soutenir un membre, ou suppléer une déficience neurologique, osseuse, musculaire et/ou articulaire ; elle représente près de 90% des grands appareillages

Les orthèses représentent 89% du volume des appareillages conçus par les orthoprothésistes, soit environ 142 300 appareils par an. L'orthèse est un dispositif médical orthopédique venant corriger une déviation ou soutenir un membre déficient pour compenser certaines lésions fonctionnelles sur le long terme. Trois types d'orthèses peuvent être distingués :

- L'orthèse de traitement vient corriger une déformation. Elle peut venir en soutien aux membres inférieurs et supérieurs pour les cas d'arthrose. L'orthèse de tronc vient compenser le handicap physique et fonctionnel, souvent lié à une déformation de la colonne vertébrale (scoliose) ;

- L'orthèse de positionnement favorise la participation sociale et familiale des patients. Elle s'adresse principalement aux polyhandicapés et aux personnes âgées. Ces appareillages de vie quotidienne correspondent aux corsets siège favorisant le maintien de la position assise du patient dans son fauteuil roulant, aux verticalisateurs permettant le maintien dans la position debout, aux selles sur divers supports roulants permettant les déplacements autonomes et aux matelas ;

- L'orthèse d'immobilisation, permet l'immobilisation d'un membre ou d'une articulation dans la position prescrite par le médecin, afin de favoriser la guérison post-traumatique ou post-opératoire.

Parmi ces trois catégories, les orthèses peuvent s'appliquer aux membres supérieurs, inférieurs et au tronc. La ventilation du nombre d'appareillages est la suivante par type de membre :

- Orthèses de tronc (corsets) : 92 780 par an ;

- Orthèses de membres inférieurs : 41 850 par an ;

- Orthèses de membres supérieurs : 1 570 par an.

Le matériau privilégié de conception est le polyéthylène, notamment pour les corsets.

c. Le GAO se caractérise par une technique spécialisée de prise d'empreinte, la CFAO gagnant du terrain par rapport à la technique artisanale du moulage par bandes plâtrées

Tous les dispositifs du Grand Appareillage Orthopédique sont réalisés sur mesure. C'est la technique dite du moulage orienté qui consiste, quelle que soit la méthode de

captation de formes, à orienter le moulage afin que l'emboiture offre les meilleures surfaces d'appui et de confort et que le corset de correction présente le moins d'appui et de fenêtre d'expansion afin d'obtenir par exemple une dérotation de la colonne vertébrale. C'est le cœur de métier de l'orthoprothésiste.

Deux techniques permettent de prendre l'empreinte des patients : le moulage par bandes plâtrées et la Conception et Fabrication Assistées par Ordinateur.

- Le moulage plâtré est la technique artisanale de prise d'empreinte d'un appareillage. Elle demeure très utilisée pour la conception de prothèses. L'orthoprothésiste applique des bandes plâtrées sur la partie à appareiller afin d'obtenir un moulage positif reproduisant les formes et le volume du moignon (ou du tronc pour les orthèses d'immobilisation et de correction). Toute l'expertise de l'orthoprothésiste est de savoir réaliser un moulage orienté permettant d'obtenir le contact le plus complet possible et de marquer les zones d'appui du moignon. Cette technique est relativement désagréable pour le patient, devant rester immobile pendant une vingtaine de minutes, et peu pratique pour l'orthoprothésiste puisqu'elle nécessite beaucoup de matériel à transporter ;

- La Conception et Fabrication Assistées par Ordinateur (CFAO) est privilégiée pour la prise d'empreinte des orthèses, par le biais d'un scanner portable. L'empreinte 3D est ensuite traitée pour être rectifiée par l'orthoprothésiste sur ordinateur. La forme obtenue est alors transmise à une fraiseuse ou à un robot sculptant le positif. La technique de CFAO est principalement utilisée pour les corsets. Plus pratique, rapide, confortable, et permettant de gagner en traçabilité tant pour l'orthoprothésiste

que pour le patient, la captation numérique de forme par CFAO tend à être de plus en plus utilisée par rapport au moulage plâtré, surtout concernant les orthèses.

Par ailleurs, l'utilisation de l'impression 3D se développe pour la fabrication de Grand Appareillage Orthopédique. Toutefois, en raison des limites actuelles propres à l'impression tridimensionnelle, les imprimantes 3D servent principalement à la conception des prothèses provisoires et de certaines orthèses.

2 Le Petit Appareillage Orthopédique (PAO) ne se rattache pas au Handicap lourd mais à des pathologies ou traumatismes plus légers

Contrairement au Grand Appareillage Orthopédique, le Petit Appareillage Orthopédique peut être délivré sans prescription médicale. La durée de port peut être courte (quelques semaines) quand le port d'une orthoprothèse s'inscrit dans le long terme (supérieur à trois mois). Les appareillages concernent des pathologies beaucoup moins lourdes : entorses, torticolis, douleurs post-opératoires, ou encore rhizarthrose légère (arthrose de la base du pouce). Il existe tout un éventail de professions habilitées à l'appareillage de PAO, tandis que la conception de GAO relève exclusivement du champ de compétence de l'orthoprothésiste.

a. Les orthèses fabriquées sur mesure sont seulement marginalement proposées par les orthoprothésistes et relèvent principalement des orthopédistes/orthésistes

Le PAO est un dispositif orthopédique de repos ou de correction pour des pathologies légères. Conçues à faible température (70°C), ces orthèses sont thermoformables. Elles visent une utilisation à court terme et

sont appliquées directement sur le patient. Il n'y a donc jamais de moulage car la réalisation de ce dernier est du champ de compétence exclusif de l'orthoprothésiste. Plusieurs professions paramédicales sont habilitées à exercer dans ce secteur comme les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les orthopédistes. Les pharmaciens diplômés d'un DU pharmacien orthopédiste-orthésiste sont également non habilités à appliquer ces orthèses thermoformables à basse température, directement en pharmacie. L'activité de PAO sur mesure ne représente que 5% de l'activité globale des entreprises d'orthoprothésistes et constitue un complément à l'offre de Grand Appareillage (semelles orthopédiques par exemple). L'orthoprothésiste est de plein droit également orthopédiste-orthésiste.

Pour rappel, plus de 90% des prothèses externes sur mesure concernent le membre inférieur et moins de 10% le membre supérieur.

b. Les orthèses fabriquées en série représentent 90% du Petit Appareillage Orthopédique

L'orthèse en série est principalement délivrée en pharmacie avec ou sans prescription médicale. Cet appareillage est fabriqué de manière industrielle selon

des références de taille standard et ne nécessite donc pas de connaissance particulière quant à son application. Les orthèses en série échappent pour la plupart à une prise en charge spécialisée par les orthoprothésistes, au profit généralement des pharmaciens voire des patients eux-mêmes. Les orthèses en série enregistrent un taux de croissance des dépenses supérieur à celui du GAO.

3. Une pluralité de pathologies rattachées au Grand Appareillage Orthopédique

a. Les facteurs d'amputation sont le diabète, les maladies cardiovasculaires, la cancérologie, et les malformations congénitales

On distingue les amputations faisant suite à une maladie, après un accident, ou congénitales. L'analyse de différentes sources bibliographiques montre que les principales étiologies des prothèses externes sur mesure sont les suivantes :

- 80% de causes vasculaires liées au diabète et à l'artérite (maladie cardiovasculaire).

- Parmi les amputations d'origine pathologique, le diabète de type II est la première cause d'amputation et intervient en solution de dernier recours. Le diabète de type II est favorisé par la sédentarisation, le tabagisme, l'alimentation riche en sucre et en gras saturé ainsi que l'hypertension artérielle. Les complications surviennent suite à une accumulation de glucose dans le sang favorisant l'apparition de maladies telles que la neuropathie périphérique, susceptibles de conduire à l'amputation ;

- Le stade IV de l'Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs



Interview - **Isabelle Adenot**
Présidente de la CNEDIMTS (HAS)



Pourriez-vous préciser en quelques mots le rôle de la CNEDIMTS ?

La Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDIMTS) est la Commission de la HAS qui évalue les produits de santé entrant dans le champ de la LPP. Les produits qu'elle évalue sont principalement des DM, mais aussi d'autres produits de santé tels que les aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales (ADDFMS) et des produits d'assistance pour compenser une situation de handicap, ainsi que les prestations associées à ces produits de santé.

Sa mission d'évaluation scientifique intervient une fois le marquage CE obtenu.

Son rôle est de donner aux ministres un avis consultatif recommandant ou non la prise en charge des DM, de contribuer à la détermination des conditions de bon usage et de la place dans la stratégie thérapeutique, diagnostique ou de prévention.

En exprimant un avis en réponse aux demandes des industriels en vue d'un accès de leurs dispositifs au remboursement, la CNEDIMTS a un double devoir: reconnaître et mesurer avec clairvoyance l'innovation utile, incrémentale ou de rupture, médicale ou de qualité de vie, pour les français malades ou en situation de handicap. D'autant que les dispositifs médicaux évoluent à la vitesse des

technologies et prennent une part croissante dans l'arsenal thérapeutique, les parcours de soins et de vie.

Considérez-vous que le grand appareillage orthopédique externe sur mesure mériterait, avec d'autres dispositifs à faible prévalence et sur mesure, une évaluation spécifique et si oui laquelle ?

Les critères d'évaluation de la CNEDIMTS sont les mêmes quel que soit le type de technologie. Pour mémoire je rappelle que ces critères sont réglementaires : Service Attendu/Service Rendu et Amélioration du Service Attendu/Amélioration du Service Rendu.

Toutefois, la CNEDIMTS prend en compte le fait que dans le domaine de l'appareillage, l'évaluation de besoin individuel est essentielle pour déterminer le produit qui répondra le mieux aux besoins de la personne en situation de handicap, à ses habitudes de vie, à son projet de vie et à son environnement.

Néanmoins, il est à noter que dans le nouveau règlement européen « ne sont pas considérés comme des dispositifs sur mesure les dispositifs fabriqués en série qui nécessitent une adaptation pour répondre aux exigences particulières de tout utilisateur professionnel, ni les dispositifs qui sont produits en série par des procédés de fabrication industriels suivant les prescriptions écrites de toute personne habilitée ».

Dès lors, la commission attend des données cliniques de bonne qualité démontrant l'intérêt de la technologie considérée pour un groupe populationnel donné.

Pour répondre plus spécifiquement à la question des exigences pour les produits

visant une population à faible prévalence, la réalisation d'études :

- multicentriques internationales,
- le plus tôt possible et avant diffusion large de la technologie,

permet d'augmenter le nombre de sujets susceptibles d'être inclus. Une étude contrôlée randomisée conçue et réalisée en double aveugle (ou du moins avec un observateur indépendant) est l'étude offrant le meilleur niveau de preuve. Toutefois, dans certaines situations, ce type d'étude peut ne pas être possible pour évaluer les DM et la Commission prend en compte ce contexte et adapte ses exigences, sous une réserve : la CNEDIMTS attend de l'industriel qu'il explique et argumente cette impossibilité.

Par exemple, dans le cas d'une prothèse externe destinée à remplacer l'articulation de hanche chez des patients amputés au niveau de la désarticulation de la hanche, la Commission a trouvé un intérêt à un dispositif dans les indications revendiquées malgré les limites majeures des études soutenant la demande de l'industriel. La Commission a, dans cette situation pris en compte le fait : i) que cette technologie visait une population extrêmement restreinte (moins de 60 personnes par an) ; ii) qu'elle élargissait l'arsenal disponible ; iii) et que ses caractéristiques fonctionnelles devraient permettre une marche plus proche de la marche physiologique et ainsi limiter les répercussions sur le rachis et le risque de chute.

Qu'attendez-vous de ces échanges dans le cadre des 1ères Assises Nationales de l'Appareillage Orthopédique ?

Beaucoup...

En effet, il est toujours très intéressant et constructif d'entendre les différents acteurs sur leurs attentes et les pistes d'améliorations qu'ils proposent.

Par ailleurs, ces Assises seront aussi très probablement l'occasion de parler de la révision des nomenclatures génériques en vigueur qui sont pour une part obsolètes. La CNEDIMTS a proposé des nomenclatures actualisées ou re-bâties totalement compte tenu de l'obsolescence de celles en vigueur par rapport aux produits sur le marché. C'est notamment le cas pour la nomenclature relative aux prothèses de membres supérieurs. La réévaluation de l'appareillage du membre inférieur devant ensuite suivre la même logique.

Enfin, ce sera pour moi l'occasion :

- de présenter la façon dont la HAS de façon générale, et la CNEDIMTS dans ce cas particulier, prend en compte le point de vue des patients ou personnes en situation de handicap dans ses évaluations d'accès ou de maintien au remboursement des DM. En effet, ils disposent d'un savoir spécifique sur leur maladie, le vécu de leur maladie, les traitements existants, les parcours de soins, les besoins.
- d'insister sur l'évaluation du critère de qualité de vie : la qualité de vie peut en effet être un critère de jugement très pertinent pour certaines technologies, notamment celles qui impliquent une adhésion du patient pour l'utilisation du produit. Ce type de critère doit être pris en compte aussi souvent que possible dans les études soutenant les demandes, toujours avec une méthodologie rigoureuse. •

(AOMI) est la deuxième cause d'amputation pathologique. Elle touche en majorité une population âgée présentant une mauvaise hygiène de vie : tabac, alcool, diabète, excès de cholestérol, hypertension artérielle, ou obésité. L'AOMI survient lorsque des dépôts de cholestérol touchent les artères des jambes et bloquent l'apport d'oxygène.

- 10% des amputations sont dues à la traumatologie (accidents de la route, accidents du travail, accidents domestiques et accidents de guerre), touchant principalement des populations actives.

• Les accidents de la route touchent principalement les 18 - 24 ans (19% des blessés hospitalisés plus de 24h en 2014) et les 25 - 40 ans (25% des blessés hospitalisés plus de 24h) ;

• Concernant les accidents du travail, les personnes nouvellement embauchées et les jeunes sont particulièrement vulnérables face aux amputations. Les doigts et les membres supérieurs sont les membres les plus atteints ;

• Les accidents domestiques à l'origine d'une fracture, d'une brûlure, ou d'une coupure sont une troisième cause d'amputation d'origine traumatique, bien que marginale par rapport aux accidents de la voie publique et du travail ;

• Enfin, les accidents de guerre représentent une part mineure des amputations.

- 5% des amputations sont causées par la cancérologie.

• Chez les populations jeunes (<20 ans), l'ostéosarcome est la première cause d'amputation pathologique.

Chaque année, 500 cas sont diagnostiqués dont 300 conduisent à l'amputation. Il s'agit d'une tumeur maligne des os longs comme le fémur ou l'humérus. Lorsque le cancer se métastase et touche les zones neuro musculaires, l'amputation devient une option à considérer. En 2010, 63% des ostéosarcomes touchent le membre inférieur, 24% touchent le membre supérieur et 13% atteignent le tronc. Pour l'heure, les causes de l'ostéosarcome demeurent encore inconnues.

- 3% des prothèses externes sur-mesure compensent des agénésies (dites amputations « congénitales »).

• Les agénésies comptent pour une très faible part des appareillages en prothèse. Il s'agit d'une absence de formation d'un membre au cours du développement embryonnaire. Selon l'ASSEDEA, environ 360 enfants par an naissent avec une malformation d'un ou plusieurs membres supérieurs ou inférieurs.

- Enfin, environ 2% des causes d'amputations sont d'origine infectieuses et autres cas divers.

Pour rappel, plus de 90% des prothèses externes sur mesure concernent le membre inférieur et moins de 10% le membre supérieur (dont les causes sont la traumatologie et l'agénésie pour l'essentiel, et dans une moindre mesure la cancérologie).

Il convient de noter que tous les patients amputés ne sont pas appareillés, car non appareillables. 65% des amputations touchent des patients de plus de 65 ans, principalement d'origine vasculaire. À ce titre, les patients souffrant de multiples pathologies, et dont l'état ne permet pas la station debout, demeurent en fauteuils roulants et ne sont pas appareillables. Par ailleurs, une minorité de patients appareillables ne sont



Le dossier

également pas appareillés par convenance personnelle (patients amputés du membre supérieur ou atteints d'agénésie).

b. Une orthèse d'immobilisation, de traitement ou de positionnement est requise pour de multiples pathologies en fonction du niveau de sévérité

Comme évoqué précédemment, les orthèses représentent 89% du volume des appareillages conçus. Les orthèses de tronc (corsets) représentent 58% du total des appareillages conçus par les orthoprothésistes.

La scoliose idiopathique est la principale pathologie pour l'appareillage d'un corset. Cette déformation du rachis touche en majorité une population adolescente et féminine. Ces orthèses sont dites de traitement dans la mesure où l'orthoprothésiste doit créer une forme orientée dans les trois plans de l'espace pour appuyer sur les points de redressement et corriger les déformations du rachis. La scoliose n'a pas encore d'origine bien définie et connaît une prévalence stable.

Les orthèses d'immobilisation sont principalement destinées à des patients atteints d'arthrose des doigts et du genou. L'arthrose, à des degrés divers, touche neuf millions de personnes, principalement âgées dans la mesure où il s'agit d'une maladie des articulations se définissant par une dégénérescence du cartilage. L'arthrose correspond à l'inflammation de l'articulation suite à la fragmentation du cartilage. L'orthèse vient immobiliser l'articulation dans la position où elle subirait le moins de contraintes. Ces orthèses sont également adressées à des patients hospitalisés suite à un traumatisme ou en post-opératoire suite à une intervention chirurgicale sur le rachis ou les vertèbres.

Les orthèses de positionnement sont principalement destinées aux polyhandicapés. Ces dispositifs permettent de maintenir une personne handicapée en position assise, debout, ou couchée (corset siège, verticalisateur) dans une situation confortable, sans douleur pour le

patient. Contrairement aux orthèses d'immobilisation ou de traitement dont le port est limité dans le temps, l'orthèse de positionnement est un appareillage de la vie quotidienne permanent pour les patients. Plusieurs pathologies causant un handicap plus ou moins sévère nécessitent une orthèse de positionnement :

- L'hémiplégie est un trouble de la commande motrice se traduisant par une perte totale ou partielle des fonctions de marche et d'activité gestuelle. Les causes peuvent être d'origine vasculaire (suite à un AVC), traumatique ou infectieuse. Avec le vieillissement de la population, sa prévalence est en légère hausse ;

- La dystrophie musculaire de Duchenne et Becker (myopathie) est une anomalie génétique provoquant une dégénérescence progressive de l'ensemble des muscles de l'organisme. Cette pathologie est d'origine génétique et touche environ 2 500 personnes en France. Les hommes jeunes sont davantage touchés et l'espérance de vie des personnes souffrant de cette anomalie est d'environ 30 ans. Pour ces patients, l'appareillage adéquat est généralement un verticalisateur ou un fauteuil sur moulage leur permettant de maintenir une station debout ou droit sur leur fauteuil ;

- La sclérose en plaques est une atteinte du système nerveux central pouvant altérer le contrôle des mouvements. Cette pathologie est plutôt d'origine génétique et touche environ 80 000 personnes en France. Pour ces patients, les appareillages peuvent être des releveurs de pieds pour les pieds tombants ou des orthèses cruro-pédieuse.

Tous ces exemples démontrent la pluralité des déficiences, pathologies, handicaps, et malformations congénitales rattachés au Grand Appareillage Orthopédique, ainsi que les différences majeures à garder en tête entre GAO et PAO. Le GAO permet de compenser le handicap lourd, à travers un large spectre de fonctions et d'appareillages. Les prothèses et les orthèses présentent des caractéristiques bien distinctes, permettant de prendre en charge le patient souffrant d'un handicap

spécifique.

B. Des parcours de soins pluridisciplinaires selon les déficiences, pathologies, handicaps et malformations congénitales

1. Les parcours des patients nécessitant une prothèse de première mise sont concentrés dans les établissements SSR, mais les appareillages définitifs sont aux mains des orthoprothésistes de ville

L'essentiel des patients nécessitant une prothèse viennent des centres de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). L'appareillage provisoire est prescrit par le médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR), pilier central de l'équipe pluridisciplinaire accompagnant la rééducation du patient.

Cette phase d'appareillage provisoire dure environ six mois, le temps que le moignon se stabilise. Le patient est suivi par une équipe pluridisciplinaire composée du MPR, du kinésithérapeute, de l'ergothérapeute, de l'infirmière et de l'orthoprothésiste. Certains SSR disposent d'un centre d'appareillage intégré pour la conception de la prothèse provisoire. L'orthoprothésiste est alors salarié de l'établissement. Généralement, le patient est appareillé lorsque le moignon commence à cicatriser soit environ deux semaines après son opération. L'emboiture provisoire est conçue en plexiglas, facile à remodeler, permettant à l'orthoprothésiste d'observer les points d'appui du moignon et leurs évolutions. La prothèse provisoire est composée d'éléments prothétiques dits « basiques » (génériques), indépendants du niveau d'activité, et n'intègrent pas de produits innovants.

La phase d'appareillage définitive s'initie lorsque l'équipe pluridisciplinaire juge le moignon du patient suffisamment stable. Le patient est appareillé avec sa première prothèse définitive en médecine de ville par un orthoprothésiste travaillant au sein d'une entreprise d'appareillage privée. La seconde prothèse à laquelle le patient a droit, est délivrée plus tard (six

mois généralement) lorsque la forme du moignon atteint un niveau de stabilité jugé satisfaisant. Si le moignon est resté stable entre ces deux appareillages, l'emboiture de la seconde prothèse sera réalisée sur le modèle de la première. Si non, l'orthoprothésiste doit refaire la première emboiture sur le modèle de la seconde emboiture, nouvellement fabriquée pour cette deuxième prothèse définitive. Les composants prothétiques sont identiques à la première prothèse définitive fournie, sauf si celle-ci incorpore un produit à haut niveau de technicité. Dans ce cas, la deuxième prothèse définitive sera plus basique et servira en cas de dépannage.

Le Médecin Physique et de Réadaptation est le principal prescripteur pour les prothèses de première mise.

2. Des filières de soins très variées correspondant à des profils patients très diverses pour l'appareillage d'une orthèse

Selon l'orthèse dont le patient a besoin, plusieurs parcours peuvent être mis en lumière :

- Les orthèses de positionnement correspondent principalement aux corsets-sièges et aux verticalisateurs. Ces appareillages, portés en permanence au cours de la vie quotidienne, sont principalement destinés aux polyhandicapés et aux personnes âgées. Ces patients sont pris en charge dans des lieux de vie médicalisés comme les IME (Institut Médico – Educatif) au sein desquels l'orthoprothésiste vient

appareiller en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire ;

- Les orthèses d'immobilisation concernent des patients hospitalisés que ce soit après un trauma ou une opération du rachis. Pour ce type d'orthèse, l'orthoprothésiste appareille principalement le patient à l'hôpital ;

- Pour les orthèses de traitement, les patients sont traités soit dans le cadre de la médecine de ville, notamment pour le traitement des scolioses idiopathiques des adolescents, soit au sein des consultations d'appareillage pédiatrique à l'hôpital. Ces patients se déplacent au sein des agences d'orthoprothésistes pour se faire appareiller, à l'exception toutefois des patients polyopathologiques.

Les filières de soins sont donc très variées pour l'appareillage d'une orthèse, en lien avec des profils patients très divers. Le patient n'a droit qu'à une seule orthèse.

3. Le pouvoir de prescription est limité à quelques prescripteurs spécialisés pour la première mise, alors que les renouvellements de GAO peuvent être prescrits par les médecins généralistes

Le décret N° 2011-1714 du 1^{er} décembre 2011 subordonne la prise en charge initiale des orthoprothèses à une prescription émanant d'un médecin justifiant une des spécialités suivantes : Médecine Physique et Réadaptation fonctionnelle, Orthopédie, Rhumatologie, Neurochirurgie, Neurologie, Endocrinologie, Chirurgie plastique et reconstructrice, Chirurgie vasculaire.

Le Médecin Physique et de Réadaptation est le principal prescripteur pour les prothèses de première mise. Le MPR est également le principal prescripteur d'orthèses. Par ailleurs les chirurgiens orthopédistes, incluant les spécialités de traumatologie et de pédiatrie sont les principaux prescripteurs d'orthèses de traitement pour la scoliose et d'orthèses d'immobilisation. Les rhumatologues prescrivent principalement des orthèses pour les cas d'arthrose sévère. Le neurologue et le chirurgien neurologue sont

les principaux prescripteurs d'orthèses de positionnement pour les maladies neuromusculaires.

Les différents régimes de la Sécurité Sociale (régime général, régime des indépendants, régime des agriculteurs, et régimes spéciaux) se réfère à la LPPR pour la prise en charge le Grand Appareillage Orthopédique.

Ce principe de prescription restreint à certaines spécialités ne s'applique pas aux renouvellements d'appareillage. Les médecins généralistes sont à même de prescrire des renouvellements pour des appareillages identiques. Or, les médecins généralistes n'ont pas toujours la faculté d'évaluer la bonne adéquation de l'appareillage posé en première mise au regard de l'évolution de l'état physique et psychologique du patient.

C. Des appareillages relevant quasi-exclusivement de la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR)

1. La LPPR est l'outil exclusif de référencement des composants et produits remboursables par la Sécurité Sociale pour la conception des appareillages



Pourriez-vous préciser en quelques mots le rôle de la CEPS ?

Le Comité économique des produits de santé (CEPS) est chargé de fixer les tarifs des produits de santé sur lesquels s'applique la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

On entend par « produits de santé », d'une part, les médicaments remboursables et, d'autre part, les produits et prestations inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) établie en application de l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale.

Le Comité est composé de dix membres qui se réunissent en deux sections, l'une pour les médicaments et l'autre pour les produits et prestations. Quatre directions d'administration sont membres du Comité (la Direction générale de la santé, la Direction de la sécurité sociale, la Direction générale des entreprises et la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes). Quatre membres représentent les « payeurs » (deux représentent la CNAMTS, un représente le RSI et la CCMSA et un représente l'UNOCAM qui est l'union des complémentaires de l'assurance maladie). Auxquels s'ajoutent deux personnalités qualifiées : le Président et un Vice-président par section.

Les décisions du Comité sont prises à la majorité des membres présents. En cas d'égalité, la voix du Président est prépondérante.

L'objectif du Comité est d'abord de trouver un accord entre ses membres et ensuite de conclure une convention avec l'entreprise ou le(s) syndicat(s) d'entreprises concernées par le(s) produit(s) ou la(es) prestation(s) qu'il a été décidé d'inscrire sur l'une ou l'autre liste des produits de santé remboursables ou dont il a été décidé de la modification du tarif de remboursement.

Les conventions peuvent comporter des clauses autres que celles qui relèvent spécifiquement de la tarification (engagement de volumes, remises, études particulières, ...).

Le Comité peut également mener, à la demande des ministres, des travaux de nomenclature.

Quelles sont selon vous les spécificités économiques du grand appareillage orthopédique externe sur mesure ?

Comme tout ce qui concerne les dispositifs sur mesure, le grand appareillage orthopédique est réalisé dans des ateliers relevant de l'artisanat, même s'il existe des grandes entités qui regroupent plusieurs ateliers et même pour certaines d'entre elles des dizaines d'ateliers. Donc, il n'est pas toujours facile d'aborder et d'estimer les besoins financiers d'un secteur aussi complexe sur le plan économique.

C'est une industrie de main d'œuvre qui est soumise aux contraintes de trouver des personnels compétents et bien formés.

Dans certains cas, les appareillages sont particulièrement coûteux (jusqu'à plusieurs dizaines de milliers d'euros) et il est difficile, dans le prix global de l'appareillage, de faire la distinction entre la part du matériel et le coût de la prestation.

Qu'attendez-vous de ces échanges dans le cadre des 1eres Assises Nationales de l'Appareillage Orthopédique ?

J'attends la possibilité d'entendre les exposés des problèmes de la profession du Grand Appareillage Orthopédique et de pouvoir exposer les grandes lignes de l'action publique et des contraintes qui pèsent sur le budget de l'Assurance maladie obligatoire •

a. Le Titre II Chapitre 7 pour le GAO

Les différents régimes de la Sécurité Sociale (régime général, régime des indépendants, régime des agricoles, et régimes spéciaux) se réfère à la LPPR pour la prise en charge le Grand Appareillage Orthopédique.

Le Titre II Chapitre 7 de la LPPR répertorie l'ensemble des dispositifs médicaux et des composants nécessaires dans la conception d'une prothèse ou d'une orthèse. Cet outil de référencement constitue la nomenclature de base pour toutes les parties prenantes au système réglementaire. Pris en charge à 100%, tous les dispositifs inscrits dans le Titre II Chapitre 7 sont soumis au tarif opposable. La conception sur moulage (par bandes plâtrées ou CFAO) et le thermoformage à haute température (entre 150°C et 200°C, par rapport à 70°C pour les orthèses sur mesure en extemporané du PAO) sont les conditions définissant le rattachement d'un appareillage au Titre II Chapitre 7.

Le Titre II Chapitre 7 de la LPPR se structure en deux parties :

- D'une part, les lignes génériques répertorient les matériaux et les composants génériques nécessaires à l'assemblage d'une prothèse ou d'une orthèse. Les lignes génériques représentent un ensemble de produits qui ont la même indication, remplissent la même fonction et présentent des caractéristiques communes appelées « spécifications techniques ». Les produits se référant à une même ligne générique ont un tarif unique imposé par la Sécurité Sociale, quel que soit le fabricant du produit ;

- D'autre part, les lignes de marque référencent les éléments soit plus innovants, soit plus récents présentant une amélioration du service attendu.

b. Le Titre II Chapitre 1 pour le PAO

Le Titre II Chapitre 1 décrit les spécifications techniques auxquelles doivent répondre les orthèses du Petit Appareillage Orthopédique sur le plan de la sécurité, de la qualité et de l'efficacité. Dédié à des pathologies ou trauma légers, le PAO n'est pas pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale, et les tarifs de vente sont librement fixés par le fournisseur industriel (pas de tarif opposable).

Comme évoqué précédemment, certains appareillages sont réalisés en matériau thermoformable à basse température par application directe sur le patient, quand d'autres sont fabriqués en série. La durée de port du PAO est inférieure à celle du GAO (moins de trois mois).

2. Hors LPPR, une minorité d'appareillages peuvent être financés directement par le budget des hôpitaux publics et relevant de la Tarification à l'Activité (T2A)

Une petite partie des appareillages est financée par les budgets des hôpitaux publics et ne relève pas de la LPPR. Ces hôpitaux émettent des appels d'offres à destination des sociétés d'orthoprothésistes privées pour concevoir les appareillages des patients hospitalisés. Il s'agit généralement d'orthèses d'immobilisation suite à des interventions chirurgicales ou suite à des traumatismes. La société répond à l'appel d'offres en proposant un tarif indépendant de la LPPR sur des lots d'appareillage (tronc, membre supérieur, ou membre inférieur par exemple). Les prix étant libres, les entreprises d'appareillage privées ont la possibilité de proposer des remises par rapport au tarif LPPR en vigueur, dans un but concurrentiel.

Dans la majorité des cas, l'appareil est destiné à être utilisé en ville et non dans le cadre du traitement à l'hôpital, ce qui ne correspond pas à la logique de la T2A. Excepté ce cas de figure de l'appareillage d'orthèses d'immobilisation suite à une intervention en hôpital, de manière générale, la LPPR apparaît peu en phase avec la T2A pour la prise en charge du handicap. En effet, de par la grande hétérogénéité des pathologies et des appareillages correspondants, il s'avère très complexe de constituer des groupes de

patients homogènes, base de la Tarification à l'Activité.

Dans un but de simplification, de clarification des conditions de prise en charge des appareillages, et d'équité entre entreprises d'appareillage privées, la question de sortir les appareillages relevant actuellement de la T2A pour les intégrer à la LPPR a été soulevée par plusieurs interlocuteurs. Comme pour les fauteuils roulants, il apparaît cohérent que le GAO soit systématiquement pris en charge par les Caisses d'Assurance Maladie, y compris lorsque l'appareillage a été conçu au cours du séjour en hospitalisation MCO.

L'existence de ces dérogations, ouvrant le champ à un panel d'appareillages plus innovants pour certains patients, démontre que la nomenclature n'est pas adaptée pour l'ensemble des patients, en particulier pour les civils jeunes et très actifs.

3. En outre, le financement de la conception des prothèses provisoires est prévu dans le budget des établissements SSR

Certains établissements de Soins de Suite et de Réadaptation intègrent des centres d'appareillage avec un orthoprothésiste salarié pour concevoir la prothèse provisoire pendant la rééducation. Le

financement de cette prothèse provisoire est intégré au budget des établissements. Cependant, avec la publication au Journal Officiel de l'arrêté du 25 février 2016, les orthoprothèses devraient sortir du budget des SSR et passer à une tarification à la LPPR.

Le principe d'une T2A SSR est aussi inscrit dans la loi, avec une date de démarrage au 1er janvier 2017.

4. Concernant les prothèses, les patients militaires et les victimes d'un accident du travail ont droit à une prise en charge dérogatoire, ouvrant le champ à un panel d'appareillages plus innovants et plus onéreux

Pour les patients amputés au cours d'opérations militaires, la prise en charge de l'appareillage est assurée par le ministère de la Défense. La prise en charge sort ainsi du cadre de la nomenclature LPPR, autorisant ces patients à être dotés de technologies très innovantes leur permettant de reprendre rapidement une activité physique. Contrairement à un patient civil soumis à la LPPR, le patient militaire pourra être doté d'un genou ou d'une main de haute technologie de dernière génération non inscrit à la LPPR ou d'une lame de course en carbone s'il en émet le besoin, sans pour autant devoir financer une partie des coûts de l'appareillage.

À ce titre, le Centre d'Etudes et de Recherche sur l'Appareillage des Handicapés (CERAH) est intégré à l'Institution Nationale des Invalides, sous la tutelle du Ministère de la Défense. Le CERAH a pour mission la recherche en matière de handicap moteur, ses prestations s'adressant à toutes les personnes handicapées mais en premier lieu aux militaires. Le CERAH conduit notamment des travaux de recherche sur l'étude des matériaux nouveaux et leurs applications dans l'appareillage, l'analyse de la marche des personnes amputées du membre inférieur, ainsi que l'analyse de la locomotion en fauteuil roulant à propulsion manuelle. Le CERAH évalue par ailleurs le respect des cahiers des charges, des éléments prothétiques (principalement les pieds) avant leur inscription dans la LPPR.



Le dossier

Un patient victime d'un accident du travail (amputation de la main) a également droit à une prise en charge dérogatoire de la part de l'assurance de l'employeur. De même, un patient nécessitant un appareillage suite à un accident impliquant un tiers responsable (accident de la route essentiellement), peut avoir droit à un appareillage sortant du cadre de la LPPR sur décision d'un tribunal. Ces appareillages sont souvent à haute technicité pour un prix supérieur à des produits inscrits à la LPPR.

L'existence de ces dérogations, ouvrant le champ à un panel d'appareillages plus innovants pour certains patients, démontre que la nomenclature n'est pas adaptée pour l'ensemble des patients, en particulier pour les civils jeunes et très actifs. Or les conditions d'octroi de ces appareillages ne dépendent pas du niveau d'activité des patients mais des conditions dans lesquelles un tiers payeur peut intervenir,

créant de fait, des inégalités de prise en charge entre patients.

D. Un secteur très encadré par les Autorités

La réglementation du secteur encadre les acteurs à deux niveaux :

- L'agrément au niveau national pour obtenir l'inscription à la nomenclature (CNEDIMTS), ainsi qu'au niveau local pour déclencher la prise en charge et le remboursement (CPAM) ;

- Le prix du dispositif, fixé par le CEPS et répertorié sur la LPPR.

1. L'entente préalable demeure le mécanisme de contrôle médico-administratif de la Sécurité Sociale pour le GAO

La prise en charge par la Sécurité Sociale du Grand Appareillage Orthopédique est soumise à entente préalable.

Le prescripteur agréé (voir supra) délivre une ordonnance spécifiant les lignes LPPR correspondant à l'appareillage nécessaire. Le patient remet cette prescription à son orthoprothésiste afin qu'il établisse un devis d'entente préalable à destination de sa caisse primaire de l'Assurance Maladie (CPAM ou CARSAT), dépendant de la CNAMTS, de la MSA ou du RSI. L'accord d'entente préalable est transmis à la caisse en même temps que la prescription médicale (formulaires CERFA spécifiques). À chaque caisse locale est rattaché un médecin conseil en charge d'étudier les devis (sur la forme) et la conformité du devis avec les besoins du patient (sur le fond). L'absence de réponse dans un délai de 15 jours à partir de réception de la demande vaut pour acceptation du devis.

Le patient ne finance pas l'acquisition, la réparation, ou le renouvellement du dispositif médical. La caisse locale d'affiliation peut opérer un contrôle technique (conformité de l'appareillage au devis d'entente préalable et à la prescription) ou médico technique (adaptation à la personne selon son âge ou sa pathologie par exemple).

L'entente préalable est considérée comme un instrument essentiel de la régulation et de la maîtrise des dépenses de santé par les autorités de Santé. La Sécurité Sociale met aussi en valeur l'entente préalable pour son rôle d'évaluation et d'expertise au sein du système de soins. Ce système d'encadrement a priori représente toutefois un coût pour la Sécurité Sociale, notamment à travers le temps passé par le médecin conseil pour l'étude des devis. L'entente préalable se traduit également par du temps administratif non négligeable pour les sociétés d'orthoprothésistes, qui établissent le devis. Au regard des dépenses limitées de la branche maladie de la Sécurité Sociale sur le Grand Appareillage Orthopédique (256 millions d'euros en 2014), la pertinence de l'entente préalable a été posée par certains interlocuteurs lors des entretiens, par rapport à la mise en place de contrôles a posteriori par exemple, comme c'est le cas en Norvège.

2. L'opposabilité (obligation de respecter le tarif de la LPPR) constitue l'outil de préservation de l'égalité de prise en charge du handicap

La prise en charge à 100% du Grand Appareillage Orthopédique implique que les tarifs définis sur la LPPR s'imposent aux entreprises d'orthoprothésistes lors de la facturation à la caisse maladie de référence.

Le tarif des 1 500 références du Titre II Chapitre 7 de la LPPR inclut les éléments suivants :

- Le coût du produit (somme du coût de l'intégralité des composants) ;
- La prestation de l'orthoprothésiste (le temps passé par la main d'œuvre). Cette

prestation inclut la consultation de prise de mesure, la rectification du positif, l'assemblage, les éventuels ajustements suite à la période d'essai, et le suivi pour les réparations. L'orthoprothésiste ne peut donc pas facturer un supplément de prestation (temps passé) au patient ou à sa mutuelle ;

- Les frais généraux ;

- Une marge nette après impôt pour l'entreprise d'appareillage (fixée à 5% en moyenne pour chaque référence).

pour vice de fabrication ou malfaçon. Ce délai est d'un an pour le Petit Appareillage Orthopédique.

Le tarif opposable permet de garantir l'accès aux dispositifs médicaux de la LPPR à tous sans discrimination de revenus, d'âge ou de sexe. En ce sens, il constitue l'outil majeur de préservation de l'égalité de prise en charge du handicap.

3. La procédure de mise à jour de la LPPR est très réglementée pour l'intégration de nouveaux dispositifs

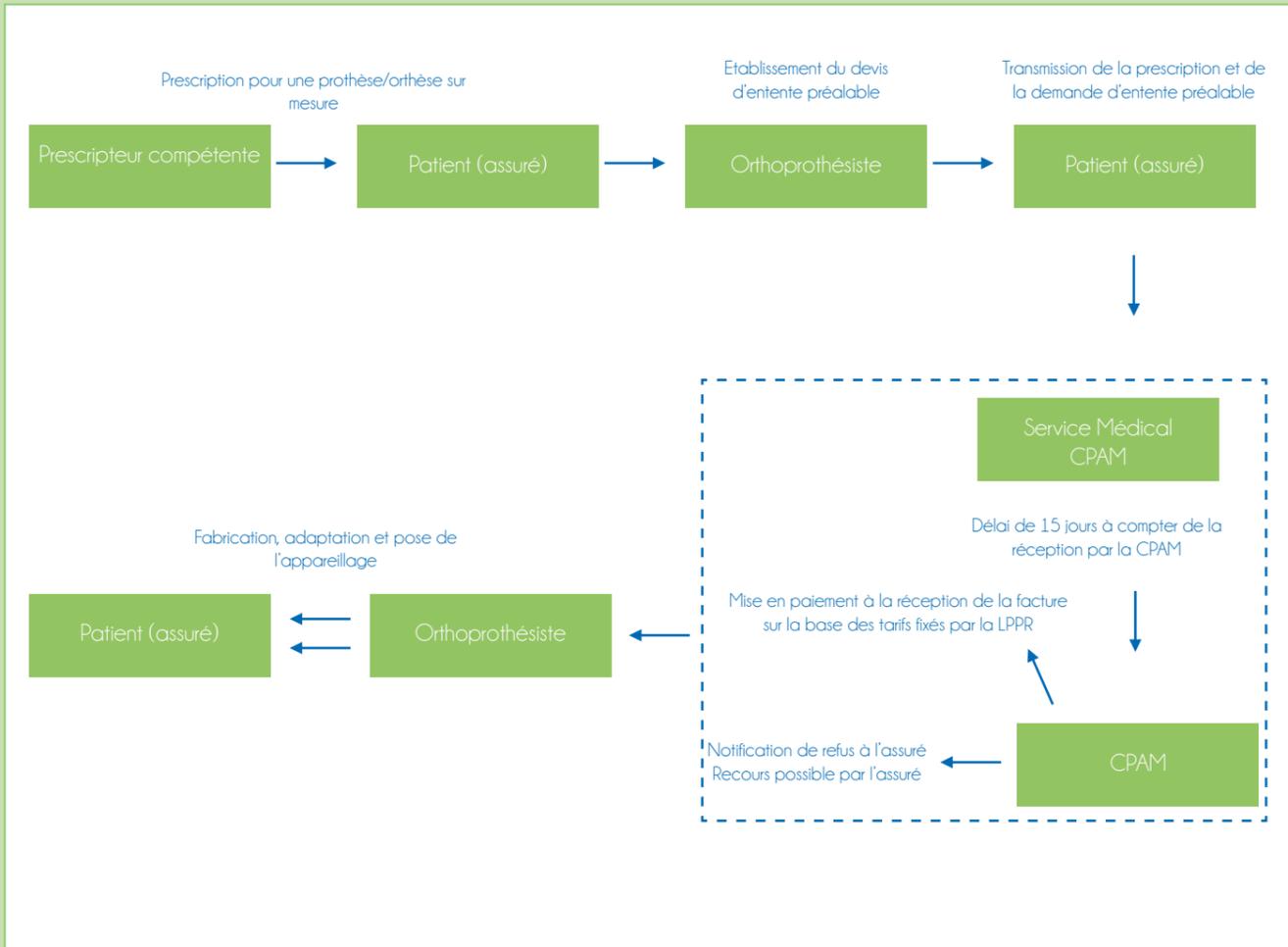
a. Validation sur le plan médico technique par la HAS

La demande d'inscription à la LPPR pour la mise au remboursement par la Sécurité Sociale diffère selon la nature de l'inscription du dispositif médical, sous nom de marque ou sous ligne générique.

Les demandes d'inscription par le fournisseur industriel en « nom de marque » concernent les « produits présentant un caractère innovant et/ou dont l'impact sur les dépenses d'assurance maladie, les impératifs de santé publique, ou le contrôle des spécificités techniques nécessitent un suivi particulier » (source : Haute Autorité de Santé). Le coût d'une demande d'inscription (frais administratifs) s'élève à 3 220 €, et 644 € pour un renouvellement.

En premier lieu, le processus de dépôt de dossiers doit passer par une Commission de la HAS, à savoir la Commission Nationale d'Evaluation des Dispositifs Médicaux et des Technologies de Santé (CNEDIMTS) pour l'évaluation du Service Attendu (SA) et de l'Amélioration du Service Attendu (ASA). L'Amélioration du Service Attendu est la mesure du progrès apporté par rapport au traitement de référence. Dans le cas du GAO, la faiblesse des populations associées à la grande variété des pathologies et des appareillages rend très difficile la constitution de groupes homogènes de patients suffisants. La faible prévalence pose également le problème des compétences et expériences requises (voir infra). La Commission compte des médecins spécialistes, un ergothérapeute

La demande d'inscription à la LPPR pour la mise au remboursement par la Sécurité Sociale diffère selon la nature de l'inscription du dispositif médical, sous nom de marque ou sous ligne générique.





Interview - **Masse Niang**
Président de la FATO



et autres professionnels de la réadaptation d'Afrique dans un cadre d'échange d'assistance mutuelle et d'épanouissement ;

- Œuvrer pour la réadaptation fonctionnelle de toutes les personnes handicapées d'Afrique ;
- Aider à la promotion et à la recherche de nouvelles technologies adaptées aux réalités africaines ;
- Créer un cadre de concertation, de formation et d'échange d'expérience des pays africains entre eux et avec les autres pays du monde.

en charge en Afrique. Le problème reste la nature et la qualité des composants. Les composants et technologies en vogue ailleurs (silicone, prothèses myoélectriques, etc.) ne sont pas souvent utilisés en Afrique à cause des conditions climatiques, des contraintes financières et des limites techniques. Le polypropylène est par contre très utilisé partout dans la confection des orthèses aussi bien que des prothèses. Les séquelles de poliomyélite sont encore nombreuses et occupent une bonne partie du nombre total des orthèses de membres inférieurs fabriquées en Afrique.

Quels sont les grands chantiers que la profession souhaite voir aboutir en Afrique en matière d'appareillage orthopédique externe sur mesure ?

- Le renforcement constant et systématique de capacités des professionnels ;
- La formation de plus de professionnels afin de pouvoir efficacement aux besoins existants ;
- Renforcer les systèmes et mécanismes de provision de composants et matières premières pour la confection des appareils orthopédiques ;
- Faire de la recherche opérationnelle afin d'améliorer les pratiques quotidiennes ;
- Favoriser les échanges de compétences parmi les pays africains ;
- Renforcer les efforts fédérateurs de tous les professionnels orthoprothésistes africains. •

Quelles sont les spécificités de l'exercice professionnel en Afrique ?

Les Etats africains éprouvent des difficultés à garantir un droit d'accès aux soins de réadaptation de qualité aux personnes, et de nombreuses organisations internationales se sont investies dans différents pays depuis plusieurs années. Leurs interventions sont cependant limitées lorsqu'elles ne peuvent pas s'inscrire dans une politique nationale/plan d'action à moyen et long terme. Depuis plusieurs décennies, les acteurs du domaine de la réadaptation et dans une moindre mesure les gouvernements africains ont consentis des efforts visant l'amélioration des conditions de vie des personnes handicapées. Cependant, ces efforts sont très loin des attentes.

La FATO travaille d'arrache-pied à aider les pays à intégrer la réadaptation dans les politiques et plans d'action nationaux et à élaborer des stratégies nationales relatives à la réadaptation.

Quelles sont les spécificités de la prise en charge des appareillages orthopédiques en Afrique ?

Toutes les pathologies nécessitant une orthèse ou une prothèse sont toutes prises

Pouvez-vous dire comment est née la FATO ?

Pendant longtemps, la situation de l'appareillage orthopédique en Afrique était caractérisée par :

- L'absence de cadre d'échange entre techniciens orthoprothésistes au niveau national et régional ;
- L'insuffisance de formation continue des techniciens, Les difficultés d'accès à l'information par les professionnels ;
- L'absence de reconnaissance de la profession par les différentes autorités de la santé publique de la plupart des pays africains.

C'est alors que la FATO est mise en place pour répondre à tous ces besoins.

Quels sont les objectifs poursuivis par la FATO ?

Les objectifs de la FATO sont les suivants :

- Promouvoir l'accès au droit à la réadaptation fonctionnelle des personnes handicapées d'Afrique à travers la mise en place d'un réseau de professionnels (Orthoprothésistes, Kinésithérapeutes, Médecins de rééducation, Décideurs politiques, etc.) et d'acteurs de la réadaptation fonctionnelle intervenant en Afrique ;
- Regrouper toutes les associations de techniciens orthoprothésistes

et un kinésithérapeute à même de valider l'intérêt médico technique du dispositif.

l'étiquette le numéro de code de cette ligne pour assurer sa prise en charge par la Sécurité Sociale. Cette auto-inscription n'entraîne aucune obligation de déclaration auprès de l'Etat ou de l'Assurance Maladie » (source : HAS).

Environ 35 nouveaux produits ont été inscrits à la LPPR depuis 2009, dont 90% de composants prothétiques. Parmi ces derniers, la majorité sont des pieds prothétiques à restitution d'énergie de classe I, II, ou III, sans amélioration du service attendu comparé aux pieds de même classe. La tarification est donc identique dans ce cas de figure.

b. Définition des tarifs par le CEPS une fois le dossier validé sur le plan médico technique

En cas de réponse favorable de la CNEDIMTS, le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) examine le dossier et négocie les tarifs proposés par le fournisseur industriel pour les noms de marque, et plus rarement avec l'UFOP pour les dispositifs génériques. En cas d'absence d'accord, la convention entre le CEPS et le fabricant est remplacée par une décision unilatérale du Comité. Toutefois, cette situation demeure exceptionnelle dans le Grand Appareillage Orthopédique en raison des faibles volumes considérés.

En théorie, le délai réglementaire pour l'évaluation médico technique puis la négociation tarifaire pour l'inscription des produits en nom de marque est au total de 180 jours (tacitement 90 jours pour la CNEDIMTS et 90 jours pour le CEPS). En pratique, les délais de traitement sont plus longs.

À l'issue des négociations, le CEPS signe une convention avec le fabricant, un avis de tarif est publié au journal officiel, et le produit est finalement inscrit avec son tarif sur la LPPR par arrêté ministériel.

c. Un processus de mise à jour des tarifs basé sur un échange de données à travers un tiers de confiance entre l'UFOP et le CEPS

Le fonctionnement de mise à jour

Environ 35 nouveaux produits ont été inscrits à la LPPR depuis 2009, dont 90% de composants prothétiques.

Après délibération, la CNEDIMTS vote pour un SA suffisant ou non en fonction de l'étude du dossier médico technique déposé par le fournisseur industriel. Certains produits sont exemptés du dossier médico technique dans le cas d'une inscription sous nom de marque conforme aux exigences de la LPPR, comme pour les pieds à restitution d'énergie. En effet, pour ces produits, aucune nouvelle indication n'est demandée par rapport aux autres produits de la même catégorie déjà évalués et aucune amélioration du service n'est attendue. Pour les autres produits, un dossier complet est exigé renseignant les informations descriptives du produit, l'identification et la sélection des données cliniques disponibles. Le dossier exige également la démonstration du service attendu revendiqué par une étude clinique similaire aux études cliniques demandée pour les médicaments, sans tenir compte de la faible prévalence du GAO cependant.

Pour un SA suffisant, la CNEDIMTS détermine la place du produit dans la stratégie thérapeutique, ses modalités de prescription et d'utilisation, la population cible et éventuellement l'ASA.

Dans le cas d'une inscription sous ligne générique, « le fabricant peut inscrire lui-même un produit conforme à une description. Il lui suffit d'indiquer sur

des tarifs a été négocié entre l'UFOP et le CEPS pour le Titre II Chapitre 7. Le partenariat fondé entre l'UFOP et le CEPS est fondé sur la transparence et la confiance depuis près de 25 ans. Ces relations tissées de longue date avec le tarifeur des dispositifs médicaux a permis à la profession de préserver ses marges opérationnelles (marge nette de 5% par construction des prix) et ainsi de mener à bien sa mission de compensation du handicap, pris en charge à 100% par la collectivité.

L'orthoprothésiste est le seul professionnel habilité à concevoir des orthoprothèses sur moulage ou sur mesure.

Le processus de mise à jour des tarifs repose notamment sur une enquête statistique annuelle, assise sur la base de plus de 88 réponses sur 132 entreprises, avec une représentativité relative au chiffre d'affaires d'environ 85%. Cette enquête permet de produire un état des lieux complet de l'activité du Grand Appareillage Orthopédique et étaye, chiffres à l'appui, les demandes annuelles de revalorisations tarifaires proposées par l'UFOP. Cette enquête, sous-traitée à l'institut d'études Opinion Way, instaure un échange de données avec le CEPS unique dans le domaine des dispositifs médicaux.

E. Un champ de compétences exclusif des orthoprothésistes sur le Grand Appareillage Orthopédique



1. Le « sur mesure » constitue le cœur de métier des orthoprothésistes à travers une individualisation des appareillages pour chaque patient

L'exercice du Grand Appareillage Orthopédique est également très réglementé avec un champ exclusif de compétences réservé aux orthoprothésistes. La prestation de l'orthoprothésiste, définie par l'article D4364-2 du code de la santé publique, recouvre « la prise de mesure avec prise d'empreinte ou moulage, la fabrication, l'essayage, l'adaptation, la délivrance de l'appareil, le contrôle de sa tolérance et de son efficacité fonctionnelle immédiate, le suivi de l'appareillage, de son adaptation, sa maintenance et ses réparations. »

L'orthoprothésiste est le seul professionnel habilité à concevoir des orthoprothèses sur moulage ou sur mesure. Pour exercer, un orthoprothésiste doit bénéficier d'un diplôme BTS délivré suite à trois années d'étude et d'un agrément préalable. Le statut professionnel paramédical des orthoprothésistes a été reconnu par le Code de la Santé en 2007. À ce titre, à l'instar d'autres professions de santé, le droit d'exercer nécessite l'inscription au fichier ADELI de l'Autorité Régionale de Santé (ARS). L'orthoprothésiste travaille toujours au sein d'une société privée (comme dirigeant ou salarié) et n'est donc pas une profession libérale.

L'orthoprothésiste est responsable de la bonne prise de mesure de la zone à appareiller, de la conception de l'appareil, de sa fabrication, du confort du port de l'appareillage et du succès de la rééducation des patients. La prise de mesure permet de réaliser un moulage positif qu'il retouche selon son diagnostic de la zone à appareiller. En effet, il étudie les volumes, les zones d'appui mais aussi les tissus mous pour assurer le confort du patient et le traitement orthopédique. Le savoir-faire est notamment crucial pour la réalisation de l'emboiture d'une prothèse, car il s'agit du point de contact direct avec le corps. Les retours des associations de patients soulignent l'aspect fondamental d'une emboiture bien réalisée dans l'acceptation de l'appareillage par le patient.

Après la prise de mesure, l'appareillage est ensuite conçu dans un atelier par des techniciens spécialisés. L'orthoprothésiste peut être amené, et davantage au sein des petites structures, à travailler lui-même les pièces, la sculpture des matériaux pour l'emboiture, l'assemblage des différentes pièces. Pour les prothèses, l'orthoprothésiste doit également définir l'alignement sur mesure des composants prothétiques selon des propriétés biomécaniques.

2. La filière s'est peu à peu structurée en répartissant les activités de fabrication des composants, et de conception de l'appareillage entre fournisseurs industriels et orthoprothésistes, qui restent des acteurs complémentaires et indissociables

En amont de l'assemblage de l'orthoprothèse, et parfois suivant la consultation avec le patient, l'orthoprothésiste se fournit en composants auprès de fournisseurs industriels spécialisés. Ces fournisseurs industriels, spécialistes du Grand Appareillage Orthopédique, sont des acteurs incontournables pour les orthoprothésistes. En raison de la très faible prévalence dans le domaine de la compensation du handicap, les acteurs majeurs sont internationaux pour les éléments prothétiques (Otto Bock et Ossur notamment).

La production de composants de base du GAO exige des moyens industriels et des investissements très lourds que peu d'entreprises d'orthoprothésistes peuvent assurer. L'intégration verticale de la chaîne de valeur reste atypique, seuls Proteor et Otto Bock en France ont développé les deux expertises d'orthoprothésiste et d'industriel. Une vraie politique industrielle nécessite de couvrir un marché suffisamment large pour avoir des volumes de vente permettant d'amortir les investissements en Recherche & Développement (R&D). Les barrières à l'entrée sont donc relativement fortes dans ce secteur hautement capitalistique, justifiant la forte concentration de fournisseurs industriels internationaux. L'activité de R&D en GAO, à plus ou moins grande échelle, concerne très peu d'entreprises d'orthoprothésistes en France (moins de 20% des sociétés, se focalisant sur la R&D « Produit » ou la R&D « techniques de

fabrication »).

La Recherche se concentre principalement sur les prothèses, en raison de sa complexité liée à la restitution du mouvement par des pièces spécifiques (main, pied, genou, ou coude). Cette recherche est fortement tirée au niveau mondial par les Etats-Unis et l'Allemagne, pionniers dans le domaine. Les Etats-Unis ont notamment lourdement investi pour équiper les amputés de retour des guerres en Irak et en Afghanistan dans le laboratoire de recherche biomécatronique au Massachusetts Institute of Technology. Ces recherches font partie intégrante des programmes menés par l'Agence pour les Projets de Recherche Avancé de Défense (DARPA), entité du Ministère de la Défense des Etats-Unis.

La fabrication de pièces à haute technologie (comme la main bionique, le genou électronique) nécessite une expertise complémentaire de celle de l'orthoprothésiste. Une orthoprothèse est un dispositif médical constitué de composants (fabriqués par les fournisseurs industriels) assemblés par un applicateur (champ relevant de l'orthoprothésiste). Ces deux acteurs se répartissent les activités de fabrication des composants et de conception de l'appareillage, et restent complémentaires et indissociables pour le besoin de compensation du handicap.

3. La responsabilité de la conception, de la délivrance et du suivi de l'appareillage est portée par l'orthoprothésiste travaillant en entreprise privée

L'orthoprothésiste est non seulement responsable de l'appareillage de la première consultation de prise de mesure à sa remise, mais aussi pendant plusieurs années pour assurer le suivi et les réparations nécessaires. Une fois l'orthoprothèse conçue, l'orthoprothésiste se charge de faire essayer l'appareillage au patient pour effectuer les éventuelles corrections. Lors de son diagnostic de l'appareillage correspondant au mieux aux besoins du patient, l'orthoprothésiste se charge de choisir les composants idoines justifiant une bonne qualité, solidité et efficacité. Toutefois,

l'arbitrage relève de l'orthoprothésiste, celui-ci pouvant choisir des composants de très bonne qualité en acceptant d'avoir une marge moindre sur l'appareillage. Le principe de l'opposabilité éliminant tout levier d'action sur le prix de vente et la promotion des appareillages, la gestion des achats des matières premières et composants est l'objet d'un soin attentif de la part des entreprises.

La LPPR représente un total de 8,4 milliards d'euros de dépenses remboursables pour la Sécurité Sociale en 2014. Le Titre II des orthèses et prothèses externes représente 19% des dépenses de la LPPR, soit 1,583 milliards d'euros.

La responsabilité de l'orthoprothésiste est donc engagée dans le choix des composants les plus adaptés aux besoins du patient et dans la délivrance de l'appareil. Seuls les défauts intrinsèques des pièces relevant de la garantie fournisseurs industriels peuvent sortir du champ de responsabilité des orthoprothésistes.

Cette responsabilité portée par l'orthoprothésiste en fait le point de contact essentiel pour le patient pour tout élément relatif à l'appareillage.

Le GAO : Un secteur appelé à rester de

taille modeste sur le plan économique et caractérisé par une croissance des dépenses limitée

Le Titre II Chapitre 7 de la LPPR représente seulement 3% des dépenses de la LPPR

La LPPR représente un total de 8,4 milliards d'euros de dépenses remboursables pour la Sécurité Sociale en 2014. Le Titre II des orthèses et prothèses externes représente 19% des dépenses de la LPPR, soit 1,583 milliards d'euros.

Au sein du Titre II de la LPPR, le chapitre 7 ne représente que 16% du montant pris en charge, soit 256m€ en 2014. Le Titre II chapitre 1 (Petit Appareillage Orthopédique) représente lui 700m€ de dépenses en 2014, soit un montant largement plus conséquent que le GAO, s'expliquant par une prévalence beaucoup plus significative. Le Grand Appareillage Orthopédique représente ainsi seulement 3% de l'ensemble des dépenses de la LPPR.

Les remboursements de dispositifs médicaux pris en charge au titre de la LPPR sont inclus dans le champ de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), dans la catégorie soins de ville. L'ONDAM comptabilise les dépenses de l'Assurance Maladie en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements publics et privés, ainsi que dans les centres médico-sociaux. En 2014, l'ONDAM représentait un budget de 178,3 milliards d'euros. Le Titre II Chapitre 7 comptait ainsi pour 0,1% des dépenses de l'Assurance Maladie en 2014, rendant le secteur très peu visible aux yeux des Autorités de Santé et plus largement du grand public. Dans ce contexte de taille très modeste en valeur au regard des dépenses totales de santé en France, susciter l'intérêt de la puissance publique est un véritable défi pour tous les acteurs du secteur.

Une Prise en charge du patient à améliorer en France

A. Un système réglementaire présentant des atouts forts sur lesquels s'appuyer à l'avenir

1. Un système permettant la prise en charge égalitaire du grand handicap

Le système français actuel se fonde sur le principe fondamental de prise en charge du GAO selon lequel la qualité de l'appareillage ne dépend pas des ressources financières du patient. Dans l'esprit du législateur, le handicap doit être pris en charge en totalité dans les meilleures conditions possibles, ce qui est le corollaire de l'opposabilité. Par l'absence de tiers-payant, au même titre que les Affections Longue Durée (ALD), la compensation du handicap est définie comme un droit par la Puissance Publique.

La LPPR définit de façon transparente les conditions d'octroi des appareillages innovants inscrits à la LPPR selon des tests d'activité définis par la HAS et les éléments médicaux, médico-sociaux et d'environnement du patient. À titre d'exemple, pour obtenir un genou électronique C-Leg, dispositif dédié aux personnes actives et représentant un investissement de 17 138,21€ pour la Sécurité Sociale, le patient doit passer une période d'essai minimale de quinze jours. À l'issue de celle-ci, le médecin prescripteur vérifie si le patient valide les conditions d'attribution de ce produit :

- Périmètre de marche en continu supérieur à 2km ;
- Vitesse de marche supérieure à 4km/h ;
- Descente d'un plan incliné d'au moins 15% ;
- Descente d'escaliers à pas alternés.

La LPPR s'impose à tous sans différence d'accès sur le territoire. Ainsi, pour une prescription donnée, l'orthoprothésiste



Interview - **Jean-Pierre Lissac**
Président de ISPO France



Mondiale de la Santé) et siège aux Nations Unies.

Quels sont les moments forts et les grandes contributions d'ISPO France et ISPO International dans le domaine du grand appareillage orthopédique externe sur mesure ?

ISPO-France a organisé le Congrès Mondial de 2015 qui a été un succès sans précédent avec 4 500 participants. C'est deux fois plus que tous les congrès de l'histoire d'ISPO et c'est une première mondiale pour un Congrès scientifique du secteur de réunir autant d'acteurs de l'environnement de l'Orthopédie Externe et de la réhabilitation.

Au plan national, la plupart des professionnels de santé sont membres de ISPO-France et participent massivement à ses congrès nationaux qui réunissent chaque année près de 1200 participants.

La production des écrits qui en découle représente une source scientifique et technique reconnue par les instances nationales en charge de la santé.

ISPO-France réunit l'ensemble des professionnels de la réhabilitation qui travaillent autour du patient (Chirurgiens, Médecins MPR, Rééducateurs, Orthoprothésistes, Podo-Orthésistes, Kinésithérapeutes, Ergothérapeutes, Biomécaniciens).

ISPO-France entretient des relations privilégiées avec les groupes scientifiques proches de l'environnement, avec les associations de Patients et avec l'industrie du secteur. •

Pouvez-vous nous rappeler en quelques mots le rôle d'ISPO-France ?

Le Groupe Scientifique ISPO-France représente la Société Internationale pour la Prothèse et l'Orthèse, en France et dans le monde de l'Orthopédie Francophone.

ISPO-France représente la branche Française de ISPO.

ISPO-France occupe le 3ème rang mondial, derrière le Japon et les Pays-Bas.

ISPO-France est totalement intégrée et partie prenante dans l'organisation mondiale. ISPO-France siège dans plusieurs Comités Internationaux qui assurent la direction de la Société. ISPO-France assure de nombreuses missions pour la communauté Française, Francophone et internationale.

Il s'agit du seul groupe scientifique Français et Francophone entièrement dédié à l'environnement de l'appareillage orthopédique externe et à la réhabilitation des personnes handicapées ou à mobilité réduite.

Quel est son rapport avec ISPO International ?

ISPO International représente The International Society for Prosthetics and Orthotics. ISPO est présente dans plus de 118 pays, ce qui lui confère une dimension mondiale unique.

ISPO travaille avec l'OMS (Organisation

aura accès de la même manière à tous les composants proposés sur l'ensemble du territoire.

De même, la nomenclature définit le cadre réglementaire strict des conditions de renouvellement, d'appareillage de seconde mise pour les prothèses ainsi que la prise en charge des éventuelles réparations.

Enfin, l'orthoprothésiste est tenu, de par ses statuts et son monopole d'exercice, d'assurer la compensation du handicap de manière égalitaire et durable pour tous les patients, et non uniquement lors de la remise de l'appareil.

À la lumière de ses actions et de l'activité de ses membres, représentant 85% de la conception de Grand Appareillage Orthopédique en France, l'UFOP considère ainsi bénéficier d'une délégation de service public de fait en matière de compensation du handicap.

2. Un outil de maîtrise des dépenses publiques par un contrôle a priori

Le système actuel permet aux Autorités d'exercer un contrôle a priori sur l'usage des dépenses publiques à travers l'entente préalable, le tarif opposable et le processus d'intégration de nouveaux produits dans le Titre II Chapitre 7.

L'entente préalable est un outil de contrôle des demandes de prestations des assurés pour assurer un « bon usage des soins ». Le médecin conseil présent au sein de la caisse régionale d'Assurance Maladie peut juger des abus de prescription, des renouvellements très anticipés, d'un élément d'appareillage jugé inadéquat en fonction de la prescription du médecin et refuser une prise en charge. Le pouvoir de refus d'un devis d'entente préalable par le médecin conseil des caisses de Sécurité Sociale permet de contrôler la nature des appareillages pris en charge afin d'assurer un contrôle sur le bon usage des dépenses publiques.

Comme évoqué précédemment, l'entente préalable représente toutefois un coût pour la Sécurité Sociale, les médecins prescripteurs, et les orthoprothésistes. Le temps passé par le prescripteur agréé pour délivrer une

ordonnance spécifiant les lignes LPPR correspondant à l'appareillage nécessaire, le temps passé par l'orthoprothésiste pour l'établissement du devis à destination de sa caisse primaire d'Assurance Maladie, et le temps passé par le médecin conseil pour l'étude des devis, constituent un coût global non négligeable. Ce temps s'allonge en cas de refus du médecin-conseil lors du premier devis, qui nécessite de réitérer le processus pour établir un nouveau devis.

Si l'entente préalable permet de contrôler la pertinence des appareillages conçus, les autorités disposent aussi d'autres outils de maîtrise des dépenses publiques :

- D'abord, le tarif opposable permet de verrouiller le prix des appareillages pris en charge. Lors du dépôt de dossier, le CEPS ouvre le dossier de négociation avec l'industriel ou l'UFOP pour définir un tarif opposable correspondant au produit. Dans le cas où les deux parties ne parviennent pas à un accord, le CEPS décide unilatéralement du prix associé au produit. Ce prix s'impose ensuite à tous. Depuis la signature de l'Accord Cadre en 2013, toute proposition d'enregistrement à la LPPR est soumise à la signature de l'UFOP. Cette nouvelle procédure vise à vérifier que la juste rémunération du travail de l'orthoprothésiste soit intégrée dans le prix global de l'appareillage ;

- Ensuite, le processus d'intégration de produits innovants à haute technicité joue également un rôle dans la maîtrise des dépenses publiques, dans la mesure où ces produits onéreux doivent répondre en théorie d'un niveau de service attendu élevé pour pouvoir être pris en charge. Le Comité dispose du pouvoir de plafonner le nombre de lignes à disposition sur la LPPR en choisissant d'ouvrir ou non les dossiers d'inscription de nouveaux produits.

3. Une relation de transparence unique entre la profession et les Autorités de Santé, allant jusqu'à une forme de coproduction réglementaire

Malgré sa petite taille économique (0,1% des dépenses d'Assurance Maladie en 2014), le secteur du Grand Appareillage Orthopédique bénéficie d'une bienveillance de la part des Autorités de Santé.

La Sécurité Sociale et le CEPS sont très attentifs à l'allocation des dépenses publiques et sur leur bon usage. Le Titre II Chapitre 7 n'étant pas codé, l'UFOP a construit une relation de confiance et de transparence unique avec le CEPS en apportant des nouvelles données et méthodologies. Cette relation de confiance et de transparence repose sur deux piliers :

- La méthodologie tarifaire, qui s'applique lors de la tarification d'un nouveau produit ;

- L'enquête statistique annuelle, permettant d'appuyer les demandes annuelles de revalorisations tarifaires.

La CNEDIMTS, examinant toute question relative à l'évaluation des dispositifs médicaux en vue de leur remboursement, témoigne également d'une certaine ouverture sur le sujet du GAO dans le traitement des dossiers déposés dans le cadre du Titre II Chapitre 7. En effet, depuis 2015, la Commission compte à présent un MPR à sa vice-présidence, ainsi qu'un ergothérapeute comme membre, professionnels reconnus du GAO. La question d'intégrer un orthoprothésiste pour contribuer à la rénovation de la nomenclature se pose, ces derniers étant les meilleurs connaisseurs du système réglementaire du Grand Appareillage Orthopédique. Les dossiers d'inscription sont traités dans un délai de trois ou quatre mois en moyenne par la Commission pour l'évaluation médico-technique du dispositif.

L'UFOP a ainsi su développer une forme de coproduction réglementaire avec le CEPS et la CNEDIMTS. L'existence d'un nombre considérable de références dans la LPPR pour le GAO (plus de 1 500), un nombre limité d'appareillages délivrés chaque année (160 000), une pluralité de pathologies à prendre en charge ainsi qu'un accroissement de la technicité des produits pousse les Autorités de Santé à associer les orthoprothésistes dans l'adaptation de la nomenclature.

A titre d'exemple, la nomenclature des prothèses du membre supérieur publiée en juin 2010 est le résultat d'un travail de coproduction entre la CNEDIMTS et l'UFOP, après une demi-dizaine de réunions avec les experts de la HAS. La spécificité de la profession d'orthoprothésiste est

reconnue dans le rapport d'évaluation où il est également précisé que « les orthoprothésistes ont été consultés au cours de l'élaboration de ces prescriptions génériques ». Concernant la tarification de cette nouvelle nomenclature, le CEPS, constatant l'impossibilité pour ses services de la tarifier, a proposé à l'UFOP, lors d'un entretien au Ministère de la Santé en octobre 2010, d'y pourvoir pour les lignes génériques (hors inscriptions sous nom de marque), sur la base de la méthodologie tarifaire existante en intégrant différentes exigences. La proposition du CEPS à l'UFOP pour entreprendre ce travail de tarification illustre clairement le rapport de confiance ancien et pérenne entre le Comité et le Syndicat. Il apparaît donc clairement que l'association d'une forte technicité, d'un nombre considérable de références, pour un faible volume de facturation global incite certaines Autorités de Santé à associer la chambre syndicale des entreprises d'appareillage dans un processus assimilable à une forme de coproduction réglementaire. Cependant, à ce jour, alors qu'un travail a été réalisé à l'UFOP, aucune initiative de tarification n'a été initiée en ce domaine par le CEPS. Un recours devant le Défenseur des droits a été accepté et ce dernier s'est adressé au Ministre de la Santé au mois d'octobre 2015.

4. La LPPR, une référence unique s'imposant à tous en matière de prix dans le cadre de la prise en charge par la Sécurité Sociale

De par la référence unique en terme de prix, la concurrence entre orthoprothésistes s'effectue sur la qualité de la prestation et non pas sur le prix de vente de l'appareillage. La LPPR définit les tarifs auxquels les orthoprothésistes fournissent l'appareillage aux patients, évitant de fait des distorsions de concurrence entre les orthoprothésistes. De même, les inscriptions sous nom de marque sont censées être garantes de la qualité des composants. Ainsi, un orthoprothésiste souhaitant inclure un composant sous nom de marque (conçu par un seul fournisseur industriel) inscrit à la LPPR n'aura pas à faire un arbitrage entre la qualité du composant et la marge qu'il générera sur son appareillage. En revanche, pour les produits se référant à une même ligne générique ayant un tarif unique, et ce quel que soit le



fournisseur industriel, les entreprises privées d'appareillage ont la possibilité d'arbitrer sur la qualité du composant en fonction de ses caractéristiques propres.

Lors de l'inscription ou du renouvellement d'un produit, les dossiers des fournisseurs industriels doivent détailler la partie du tarif dédiée à la rémunération de l'orthoprothésiste (temps main d'œuvre). Cette référence en matière de rémunération s'impose également à tous les professionnels dans le cadre de la prise en charge par la Sécurité Sociale.

B. Le système actuel est néanmoins caractérisé par un manque de lisibilité, de justice, et de réactivité, ne permettant plus de répondre à certains besoins des patients, des médecins prescripteurs, des fournisseurs industriels et des orthoprothésistes

1. Un manque de lisibilité de la LPPR, à la lumière des besoins des patients et des techniques actuelles de conception des appareillages

a. L'état actuel de la nomenclature est un obstacle à la rédaction de la prescription par les médecins pour tenir compte des spécificités du handicap, du projet de vie et des techniques d'appareillage

La LPPR est supposée par essence être un outil de prescription pour les médecins. Le médecin doit prescrire les lignes LPPR correspondant à sa proposition d'appareillage pour le patient. Hors, actuellement, seuls les orthoprothésistes sont véritablement capables de comprendre la nomenclature et son contenu.

Les références de la LPPR définissent en majorité les appareillages génériques, correspondant à un type d'amputations pour les prothèses et les natures de dispositifs pour les orthèses (orthèses de membre supérieur, inférieur et de tronc).

Par exemple, le chapitre Orthopédie du Tronc comprend un ensemble d'appareillages (« ceinture des trochanters aux fausses côtes », « corset cuirasse complet des

trochanters à l'épine de l'omoplate »). Chaque appareillage se décline alors dans différentes matières (cuir moulé, acétate de cellulose, polyisoprène etc.) et avec ou sans adjonctions (« avec ou sans armature »). À chaque type d'appareillage, un tarif est associé.

Parmi les 1 500 références du Titre II Chapitre 7, près de la moitié n'est plus en adéquation avec les techniques actuelles de conception des appareillages. La LPPR référence les produits catalogués des orthoprothésistes et définit le cadre réglementaire et technique de conception des appareillages. Il appartient au prescripteur de connaître les conditions d'attribution d'un dispositif médical, toutefois le médecin n'est pas formé au cours de ses études à cet aspect technique de la LPPR. Or, l'orthoprothésiste est le véritable sachant de la LPPR, il lui revient de choisir parmi les composants inscrits à la LPPR, les propriétés techniques correspondant le mieux au diagnostic thérapeutique du médecin.

Le système actuel exige de la part du médecin prescripteur des connaissances d'orthoprothésistes sur les propriétés techniques, sur les normes d'appareillages que le médecin ne possède pas et qui ne relèvent pas de son cœur de métier.

La structure de la nomenclature telle qu'elle est établie ne permet donc pas au médecin de rédiger seul la prescription d'appareillage et demande du temps à la fois au prescripteur et à l'orthoprothésiste.

Lors de nos entretiens, la légitimité de la LPPR a rarement été mise en cause. Cependant, les différentes parties prenantes (patients, médecins prescripteurs, fournisseurs industriels, et orthoprothésistes) étaient quasiment unanimes à déplorer la rigidité d'une nomenclature qui est très lourde à manier, difficile à adapter au progrès technique, et très compliquée à réviser équitablement en termes de prix. L'Assurance Maladie a également conscience du manque de lisibilité de la nomenclature sur certaines lignes du Titre II Chapitre 7, comme sur d'autres chapitres de la LPPR. La CNAMTS constate cependant qu'il n'existe pas de dysfonctionnement majeur dans le système.

b. L'absence d'actualisation des lignes LPPR

depuis sa conception favorise des pratiques inefficaces

Le décret n°2004-1419 du 23 décembre 2004, relatif à la prise en charge des produits et prestations fixe la durée de validité des descriptions génériques à cinq ans. Or, les lignes génériques n'ont jamais été revues depuis 1986 (et ce, uniquement pour les prothèses de membre inférieur) accentuant le décalage entre la nomenclature et la réalité de la pratique.

Le système de réévaluation des tarifs en pourcentage sur l'intégralité des 1 500 références de la LPPR crée des inégalités de traitement entre les appareillages du Titre II Chapitre 7, étant donné que les fondamentaux n'ont jamais pu être revus.

Certains éléments sont remboursés et inscrits sur la LPPR alors qu'ils ne sont quasiment plus fabriqués, comme les emboitures en cuir moulé. De même, la liste des matériaux employés pour la conception des appareillages répertorie le bois, l'acier, les cuirs et peaux, alliages légers, la fibre, le caoutchouc, acétate de cellulose, méthacrylate de méthyle, le polypropylène, le polyéthylène et le stratifié de polyester. Or actuellement, la plupart des emboitures sont fabriquées en carbone pré-imprégné (composite de carbone) et les manchons en silicone, matériaux non

répertoriés à la LPPR. L'orthèse en cuir et acier n'est actuellement plus fabriquée en première mise mais uniquement pour de rares renouvellements tout comme la plupart des lignes correspondant à l'appareillage prothétique du membre supérieur. L'acétate de cellulose, inscrit sous ligne générique, est un matériau désuet. La recherche des lignes adéquates et des lignes de substituts dans le cas où le produit souhaité n'est pas inscrit à la LPPR allongent considérablement le délai administratif. Cette pratique d'assimilation, très répandue à l'heure actuelle d'après les entretiens, mérite d'être abolie grâce à une actualisation pertinente des lignes de la LPPR.

Dans ce contexte, les orthoprothésistes se trouvent pris en ciseau entre l'exigence du médecin conseil d'avoir un devis d'entente préalable concordant avec la LPPR et la non-adéquation de la LPPR à la réalité du terrain. Lorsque que la prescription médicale ne correspond pas à la LPPR, l'orthoprothésiste et le médecin prescripteur travaillent de concert pour trouver une solution quitte à indiquer une ligne générique sur le devis sans rapport avec l'appareillage tel qu'il sera conçu. Ce manque de lisibilité de la LPPR est regrettable dans un secteur où le patient handicapé n'a pas à souffrir de longs délais pour être appareillé convenablement et rapidement. La pratique quotidienne du Grand Appareillage Orthopédique diffère des lignes LPPR inscrites sur le devis d'entente préalable, contestant ainsi le bénéfice actuel de l'outil.

Par ailleurs, le système de réévaluation des tarifs en pourcentage sur l'intégralité des 1 500 références de la LPPR crée des inégalités de traitement entre les appareillages du Titre II Chapitre 7, étant donné que les fondamentaux n'ont jamais pu être revus. Certains appareillages voient leur déficit croître malgré des révisions de prix, tandis que d'autres peuvent jouir d'une amélioration de rentabilité dans le cas de gains de productivité. Par exemple, le corset d'immobilisation a bénéficié de gains de productivité importants avec la technique de fabrication CFAO, les bibliothèques de formes pouvant être réutilisées pour les adapter aux mesures spécifiques d'autres patients. En revanche, les verticalisateurs et les orthèses de positionnement en général

apparaissent faiblement rémunérées par la LPPR, au regard du temps passé par l'orthoprothésiste pour appareiller des patients fréquemment atteints de déficience grave de la statique d'origine neurologique, musculaire, ou génétique. Selon les retours patients, les orthoprothésistes n'ont pas toujours la possibilité de consacrer le temps nécessaire à l'appareillage de patients complexes, notamment les patients polyhandicapés. En effet, les besoins de ces patients ne sont pas toujours aisément compréhensibles, en raison d'un contexte particulièrement complexe (environnement familial, complexité physiologique du handicap etc.) ou d'un handicap mental engendrant des troubles d'expression. Pour ces patients, la communication des besoins avec l'extérieur est souvent une épreuve. Ces situations exigent de l'orthoprothésiste un temps additionnel de compréhension, nécessitant de s'entretenir longuement avec le patient et tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire (MPR, kinésithérapeute, ergothérapeute, infirmier).

L'interface entre les médecins prescripteurs et les orthoprothésistes d'un côté et les antennes départementales ou régionales (CPAM, CARSAT) de l'autre ne fonctionne pas toujours de manière harmonieuse.

Il existe donc une distorsion importante de certains produits dans leur tarification par

rapport aux coûts réels. Certains produits sont tarifés au-dessus de leur coût réel. D'autres (que ce soit dans les orthèses ou les prothèses) sont très en dessous. En raison de cette distorsion, les entreprises d'orthoprothésistes (sociétés privées avec un actionariat divers, familial, fonds de capital-investissement, ou encore fournisseur industriel) peuvent être tentées par une certaine course à la rentabilité. Cette rentabilité passe pour certains acteurs par la recherche de niches de marché profitables, parfois au détriment de l'objectif de meilleure prise en charge du patient.

2. Une non-actualisation des lignes de la LPPR se traduisant en une perte de chance pour certains patients

a. Le manque de lisibilité aboutit à différentes interprétations des devis d'entente préalable de la part des médecins conseils des caisses de la Sécurité Sociale et risque de remettre en cause l'équité entre les régions

Avec les évolutions de la prise en charge non actualisées par la LPPR, les orthoprothésistes et les prescripteurs rencontrent de plus en plus de difficultés administratives. Les demandes d'accord prennent du temps, certains accords sont partiels et certains refus demeurent inexpliqués et ce, même lorsque la prescription médicale provient d'un médecin considéré comme référent dans le secteur.

La nomenclature ne permet pas de définir de manière claire le projet d'appareillage d'un patient face à des besoins de compensation du handicap précis. La nomenclature est très orientée autour du produit et non autour des besoins des patients. Ainsi, le décalage entre la prise en charge réelle et celle théoriquement décrite par la nomenclature s'accroît au fil du temps menant à des divergences d'interprétation entre les médecins praticiens et les médecins conseils.

Par exemple, un corset de scoliose doit respecter certaines dimensions et des propriétés techniques définies lors de la construction de la nomenclature il y a plusieurs années, et non définies autour des caractéristiques d'une pathologie particulière.



Interview - **Dominique Fillonneau**
Directeur Général d'Orthoway



parcours de soin pluridisciplinaire.

Le G.A.O est fortement encadré par les autorités : à la suite d'une demande d'accord préalable, la prise en charge relève presque exclusivement de la Liste des Produits et Prestations Remboursées (LPPR), au tarif opposable.

Quelles sont les principales spécificités du Grand Appareillage Orthopédique externe sur mesure ?

Le G.A.O concerne exclusivement les appareillages sur mesure conçus et réalisés pour chaque patient. Chaque appareillage répond à un spectre très large de fonctions :

- Il permet, tout d'abord une compensation du handicap. Prenons l'exemple des prothèses qui remplacent un membre manquant : elles redonnent aux patients une fonction perdue comme la marche dans le cas de l'amputation du membre inférieur. Pour l'amputation du membre supérieur, elles restituent des fonctions partielles, les mouvements des mains bioniques les plus perfectionnées demeurant basiques au regard de la complexité des gestes de la main.
- Le G.A.O assure une fonction de traitement des pathologies osseuses ou articulaires. Le traitement de la scoliose par corsets orthopédiques apporte un bénéfice thérapeutique prouvé.
- Le G.A.O pallie aux malformations congénitales. Les solutions apportées aux patients sont multiples.

Chaque appareillage est donc unique et personnalisé et répond aux besoins individualisés des patients dans le cadre d'un

Quelles sont les principales évolutions que vous souhaitez voir se concrétiser pour faire évoluer votre profession ?

Les principales évolutions que nous souhaitons voir se concrétiser sont, tout d'abord, une évolution du système de prise en charge.

À ce jour, ce système ne répond pas aux besoins des acteurs du G.A.O. il n'est plus en phase avec le projet de vie des patients.

La LPPR est devenue obsolète, elle décrit la constitution des appareillages et non sa fonction. Dans l'idéal, cette nomenclature devrait être un guide à la prescription, compréhensible par tous et en phase avec le projet de vie des patients. Il faudra concevoir un modèle dynamique de réactualisation des lignes afin de pérenniser l'équité de la nomenclature. En outre, la fixation d'une nouvelle grille tarifaire devra se caler sur cette nouvelle nomenclature.

Par ailleurs, une redéfinition du processus d'inscription des innovations devrait également voir le jour pour afin de l'adapter aux caractéristiques du GAO et aux besoins de compensation du handicap.

Bien sûr, toutes ces propositions devront être à iso coût/iso périmètre pour la puissance publique.

Qu'attendez-vous de ces échanges dans le cadre des Premières Assises Nationales de l'Appareillage Orthopédique ?

Notre profession est mal connue du grand public. Derrière les exploits sportifs des athlètes handisport se cachent des orthoprothésistes qui adaptent les lames de course. La bonne adéquation entre le patient et l'appareillage est garant du confort de vie au quotidien des personnes handicapées. L'orthoprothésiste joue un rôle déterminant dans la reprise du travail, le sport, l'appareillage des enfants, mais aussi des personnes âgées. Nos interventions sont multiples.

Ces premières Assises Nationales de l'Appareillage Orthopédique sont pour nous l'occasion d'interpeller les hommes politiques et les hauts fonctionnaires, sur la nécessaire révision du système de prise en charge des patients (refonte de la nomenclature du GAO, méthodologie tarifaire, processus d'inscription).

Ainsi, le médecin conseil apportera son expertise administrative sur le choix de la ligne générique, la cohérence entre les différentes lignes génériques et leur nécessité. Or l'interprétation donnée à ces éléments n'est pas la même sur l'ensemble du territoire. Les caisses primaires et régionales d'assurance maladie bénéficient d'une certaine autonomie de gestion. Aussi, l'application de la réglementation se fait d'une manière différenciée d'une région à l'autre. Les caisses n'interprètent pas la LPPR de manière univoque. L'interface entre les médecins prescripteurs et les orthoprothésistes d'un côté et les antennes départementales ou régionales (CPAM, CARSAT) de l'autre ne fonctionne pas toujours de manière harmonieuse. Certains médecins conseils s'arrêteront sur la non-conformité de la forme administrative de la prescription pour justifier un refus quand d'autres se permettront d'être plus souples pour contrebalancer la non-adéquation de la LPPR avec la réalité du terrain.

Toutes les régions n'envisagent pas la prise en charge du Grand Appareillage Orthopédique de la même manière, se caractérisant par des taux de refus très variables entre caisses. Les délais d'appareillage seront rallongés puisque le médecin devra refaire une prescription plus précise avant de la soumettre à nouveau aux caisses de Sécurité Sociale, pénalisant en premier lieu le patient.

À ce titre, les multiples débats interprétatifs de la LPPR au niveau local portent préjudice au système de prise en charge. Le manque de lisibilité de la nomenclature se traduit en perte de chance pour certains patients, un temps d'interprétation conséquent qui pourrait être utilisé à meilleur escient par les médecins prescripteurs, ainsi qu'un coût administratif non négligeable pour les caisses d'Assurance Maladie et les sociétés d'orthoprothésistes.

b. Des produits non pris en charge et pourtant nécessaires pour le projet de vie du patient (prothèse de bain, prothèse de sport...)

La loi sur le handicap de 2005 stipule que « la personne handicapée a le droit à une compensation des conséquences de son

handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. Désormais c'est le projet de vie de la personne qui est mis en avant. » Ainsi, tout appareillage répondant aux besoins du patient doit pouvoir être pris en charge et tout particulièrement ceux permettant d'accomplir des gestes quotidiens.

Du fait de la non-actualisation de la LPPR depuis de nombreuses années, les besoins des patients ont évolué mais n'apparaissent pas dans la nomenclature.

La notion de confort reprend le droit à la compensation des conséquences du handicap édicté dans cette loi de 2005. Certaines adjonctions, dites de confort, viennent réduire l'état de dépendance engendré par la situation de handicap en attribuant à l'appareillage des fonctions supplémentaires pour répondre aux besoins du patient (par exemple, revêtements anatomomimétiques pour le bain). Il peut également s'agir pour le patient polyhandicapé d'adjonctions d'aide à la préhension, pour manger, boire, ou encore faire sa toilette, permettant de rendre l'environnement du patient plus adapté à sa condition. Adaptée au Grand Appareillage Orthopédique, la notion de confort s'entend ainsi d'une toute autre manière que par rapport à d'autres secteurs médiaux.

La notion d'esthétique est aussi primordiale pour le patient et pourtant peu valorisée par la LPPR à l'heure actuelle. En effet, les éléments esthétiques pour les prothèses

sont considérés comme des éléments de vie sociale et très peu adaptés aux personnes actives. Or, les patients pour qui le handicap est survenu suite à un événement pathologique ou traumatique, souffrent d'un changement d'image, et l'acceptation d'un élément étranger comme une part de soi est difficile dans la vie quotidienne. Cette notion d'esthétique accompagne donc la réinsertion dans la vie sociale du patient et la réappropriation de son image. On peut citer l'exemple d'une femme ayant subi une amputation du membre inférieur, pour qui le revêtement esthétique dissimulant l'appareillage permettra de porter à nouveau des jupes, facilitant l'acceptation du handicap.

Par ailleurs, depuis 2015 le sport est considéré comme un outil de santé et peut être prescrit sur ordonnance dans le cadre des Affections Longue Durée. Les frais d'inscription à un sport prescrit peuvent donc désormais être pris en charge par la Sécurité Sociale ainsi que la consultation chez un médecin du sport.

Dans cette logique, les patients amputés revendiquent le droit d'avoir des prothèses de bain et de sport. Les revêtements anatomomimétiques, contribuant à une meilleure acceptation de l'appareillage et une inclusion sociale et professionnelle plus rapide pour le patient, devraient à ce titre être pris en charge par la collectivité. Ces revêtements ne relèvent pas du seul champ de l'esthétique dans le domaine de la compensation du handicap. Pour les patients polyhandicapés, les adjonctions de la vie quotidienne comme les roues tout terrains, tablettes de jeux, franchisseurs d'escaliers, pourraient également être inscrites à la LPPR. À l'heure actuelle, certaines adjonctions demeurent à la charge du patient et constituent donc un reste à charge dissimulé.

Du fait de la non-actualisation de la LPPR depuis de nombreuses années, les besoins des patients ont évolué mais n'apparaissent pas dans la nomenclature. Un nouveau produit peut attendre près de dix ans avant de pouvoir être inscrit à la nomenclature et ce, même s'il est indispensable au confort du patient et ne représente pas un investissement considérable pour la Sécurité



Sociale.

3. Un processus d'inscription de nouvelles références très long et lourd financièrement ne permettant pas un accès rapide à l'innovation pour le patient

a. Des études cliniques complexes à mettre en place au regard de la faible prévalence

Un produit inscrit sous nom de marque ou générique sur la LPPR doit toujours être soumis à des études cliniques. Toutefois, la problématique se pose pour le Grand Appareillage Orthopédique puisque ces dispositifs médicaux ne soignent pas mais doivent être efficaces sur le plan technique et compenser le handicap.

Le format des études cliniques de la HAS impose un comparateur pour mettre en lumière le service attendu. Or dans le cas de la compensation du handicap, le choix d'un comparateur peut démontrer qu'un produit est techniquement supérieur à un autre sans impliquer qu'il réponde mieux aux besoins du patient.

Les études cliniques exigent également une population cible minimum de 50 personnes pour valider le bénéfice thérapeutique. Ces études cliniques nécessitent de rassembler des cohortes de patients suffisantes pour définir un résultat cohérent et exploitable et avoir ainsi un effet démontré. Pourtant, comme évoqué précédemment, le Grand Appareillage Orthopédique touche une population de très faible prévalence et très hétérogène en matière d'étiologie. Il semble impossible, dans la prise en charge du handicap, d'attribuer un appareillage de manière homogène selon un âge ou une pathologie donnée. L'appareillage doit être attribué selon une pluralité de critères environnementaux et médico-sociaux décrivant l'état général du patient.

Ce cadre d'études cliniques est donc largement plus complexe à poser pour le GAO qu'une étude pour d'autres dispositifs médicaux dont le résultat est davantage binaire. Le Grand Appareillage Orthopédique est une classe à part de dispositifs médicaux, dont la procédure d'inscription au remboursement doit être spécifique.

b. Des nouveaux dispositifs validés sur le plan thérapeutique par la HAS, mais non tarifés par le CEPS

Le processus d'inscription d'un nouveau produit sur la LPPR est traité en premier lieu par la CNEDIMTS. Une fois validé sur le plan thérapeutique par la HAS, le dossier est transmis au CEPS. Actuellement, les délais de traitement d'un dossier par la CNEDIMTS est de trois ou quatre mois contre plus de deux ans en moyenne pour le CEPS. Or le délai maximal légal de tarification et d'inscription est théoriquement de 180 jours.

Le CEPS rencontre de nombreuses difficultés pour traiter les dossiers de tarification, d'une part en raison de moyens inadaptés et d'autre part à cause d'une asymétrie d'information.

Le nombre de MPR a ainsi augmenté de 1,0% en moyenne entre 2007 et 2016 pour atteindre 1 923 praticiens.

Le Comité ne compte que cinq personnes à disposition pour traiter l'ensemble des dossiers et entrer en négociation avec le fournisseur industriel et d'autres institutions (comme l'UFOP). **Par ailleurs, du propre aveu du CEPS, le personnel n'est pas qualifié pour traiter les dossiers, comprendre le contexte économique et industriel, ni pour conduire des comparaisons internationales afin d'étudier les prix pratiqués à l'étranger.**

En parallèle, il existe relativement peu d'informations disponibles sur le secteur du Grand Appareillage Orthopédique et sur ses populations cibles, en raison d'un

manque de publications scientifiques. Par ailleurs, l'apport thérapeutique du GAO ne peut pas être modélisé au regard de critères techniques classiques. Il est ainsi difficile pour le Comité de négocier face à un industriel sachant que les sous-jacents d'un tarif ne sont pas clairement identifiés.

4. Le défaut « d'universitarisation » de la profession de MPR (relatif à l'appareillage orthopédique), provoque une pénurie de spécialistes du GAO et un faible niveau de preuves (Evidence-Based Medicine)

Le manque de médecins prescripteurs compétents en la matière de GAO est un point de difficulté soulevé par les patients, les médecins prescripteurs, les fournisseurs industriels et les orthoprothésistes.

Le médecin MPR a un rôle majeur dans le bilan fonctionnel initial d'un patient, permettant d'orienter la rééducation ou la réadaptation et le suivi des soins mis en œuvre. Par le passé, peu d'internes choisissaient la spécialité de MPR, du fait qu'il n'existait pas d'internat affilié au sein des CHU. **Cette tendance s'est inversée au cours des dernières années : le nombre de MPR a ainsi augmenté de 1,0% en moyenne entre 2007 et 2016 pour atteindre 1 923 praticiens. Malgré cette augmentation, le nombre de MPR spécialistes du GAO apparaît trop limité d'après les retours d'entretiens. Les MPR spécialistes du GAO éprouvent des difficultés à faire face au volume de prescription alors qu'ils sont nécessaires dans l'attribution des premières mises d'appareillage.**

Pour pallier ce déficit, un DU de MPR a été mis en place pour permettre aux médecins généralistes d'acquérir des connaissances et des savoir-faire pour la prise en charge des patients dans le champ des Soins de Suite et de Réadaptation. Chaque année, on compterait une soixantaine de médecins formés par les différents DU d'appareillage. Par ailleurs, la majorité des internes MPR suivent aujourd'hui un DU d'appareillage au cours de leur cursus.

Malgré cette tendance à la hausse du volume de prescripteurs compétents dans le Grand Appareillage Orthopédique, la

recherche clinique dans le domaine reste très compliquée à développer en raison du faible volume de produits dans le secteur. La comparaison entre les investissements requis et les résultats escomptés sur le plan financier ne fait pas pencher la balance en faveur de la recherche dans le GAO par rapport à d'autres dispositifs médicaux ou médicaments. Ainsi, un programme de recherche sur le Grand Appareillage Orthopédique, dont l'objectif n'est pas la guérison d'une maladie mais la compensation du handicap touchant une très faible population, demeure moins prioritaire qu'un programme contribuant à l'avancée de procédés curatifs pour une large cohorte de patients.

Les publications scientifiques sont encore limitées dans le domaine. L'ENSAM (Ecole Nationale Supérieure des Arts et Métiers), à travers l'Institut de Biomécanique Humaine Georges Charpak, publie sur la mécanique humaine et notamment la compréhension du handicap. Cet institut axe ses recherches autour du système ostéoarticulaire et de l'appareil locomoteur. Il contribue ainsi au développement d'outils d'assistance au diagnostic et à la prise en charge thérapeutique, ainsi qu'à la conception d'implants et d'appareillages. Ci-après quelques exemples de publications soutenues par l'Institut de Biomécanique Humaine Georges Charpak en prothèses et en orthèses :

- Slope and Level Walking Strategies During Swing in Individuals with a Lower Limb Amputation, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation (2016) ;

- Training and fitting amputees during situations of daily living, IRBM (2014) ;

- Finite element modelling of an energy-storing prosthetic foot during the stance phase of transtibial amputee gait, Proceedings of the Institution of Mechanical Engineers, Part H: Journal of Engineering in Medicine (2012) ;

- Experimental validation of a patient-specific model of orthotic action in adolescent idiopathic scoliosis, European Spine Journal (2016) ;

- Mise à l'épreuve mécanique d'une orthèse de genou recommandée dans les gonarthroses du genou, en partenariat avec Protéor (2013).

On note également quelques thèses de MPR relatives aux problématiques d'appareillage au cours de ces dernières années, dirigées par des Professeurs Universitaires – Praticiens Hospitaliers spécialisés de Médecine Physique et de Réadaptation :

- Implication du membre inférieur sain dans les mécanismes d'adaptation de l'amputé transtibial à sa prothèse au cours de la marche, Constance Grumillier (Docteur en ingénierie cellulaire et tissulaire), Directeur de thèse Jean-Marie André, MPR (2008) ;

À l'initiative de l'UFOP, la CNAMTS a formé un groupe de travail, en partenariat avec l'UFOP, chargé d'élaborer un codage par ligne de la LPPR afin de rénover la nomenclature.

- Mise en situation numérique et expérimentale de composants prothétiques pour l'appareillage de personnes amputées du membre inférieur, Alexandre Quesnel, MPR, (2013).

Au-delà de la recherche clinique et des publications scientifiques, il existe cependant des déterminants de réussite et d'atténuation du handicap, mesurables sur un plan qualitatif plus que quantitatif. Ces déterminants se mesurent par un état du patient s'approchant au mieux des conditions

de vie partagées par le plus grand nombre, comme l'amélioration de l'état physique et psychologique du patient, une autonomie retrouvée, ou encore la reprise d'une activité professionnelle.

- Néanmoins, l'information dans le domaine du Grand Appareillage Orthopédique reste très fragmentée entre les différentes parties prenantes au système (centres de rééducation, orthoprothésistes privés, médecins, patients, fournisseurs industriels, fournisseurs de solutions CFAO). Pour l'heure, les succès ou les échecs d'appareillage ne sont pas clairement identifiés et donc relativement invisibles aux yeux de la puissance publique.

Proposition pour une amélioration de la prise en charge des patients dans une enveloppe budgétaire maîtrisée

Le constat actuel des Autorités sur le Titre II Chapitre 7 porte notamment sur le manque de visibilité concernant l'allocation des dépenses pour le Grand Appareillage Orthopédique. Contrairement aux médicaments ou aux autres dispositifs médicaux recensés sur la LPPR, le CEPS et la CNAMTS ne disposent pas d'outils précis, hormis l'étude statistique annuelle transmise par l'UFOP, permettant d'identifier les différents postes de dépense. Jusqu'à présent, le Grand Appareillage Orthopédique disposait d'un code général ORP attribué à l'ensemble des prestations rattachées au Titre II Chapitre 7 sur la LPPR. Ce code permet d'avoir une approche macroéconomique des volumes des dépenses sans segmentation entre les produits. La dernière révision date de 1986.

Pour résoudre cette problématique, à l'initiative de l'UFOP, la CNAMTS a formé un groupe de travail, en partenariat avec l'UFOP, chargé d'élaborer un codage par ligne de la LPPR afin de rénover la nomenclature. Ce groupe de travail vise à supprimer près



Le dossier

de 150 lignes inadaptées à la pratique actuelle, pour favoriser l'intégration de produits non encore référencés bien que largement prescrits aujourd'hui comme les manchons en silicone, les emboîtures Test, les housses de matelas et les revêtements anatomomimétiques. Ce projet permettra à la puissance publique de disposer du nombre de produits et de composants prescrits afin d'identifier la structure du secteur et les défauts actuels de la nomenclature.

compensation du handicap du patient au cœur de l'outil de prise en charge ;

- La révision tarifaire des références présentes sur la nomenclature ;

- La définition d'un système de mise à jour de la nomenclature et de la tarification associée afin de les rendre pérennes ;

- L'introduction d'innovations à travers une revue des processus d'intégrations.

L'innovation actuellement portée par le secteur n'est pas valorisée par la Sécurité Sociale. L'essentiel des appareillages innovants les plus coûteux ne sont pas financés par la Sécurité Sociale, car refacturés à des organismes tiers dans le cas de victimes d'accidents. Ces patients, généralement les plus actifs, ont donc la possibilité de se réinsérer plus rapidement dans la société par rapport aux patients dont le financement de l'appareillage relève de la seule Sécurité Sociale. L'absence de prise en charge pour la majorité des appareillages les plus onéreux permet à la Sécurité Sociale de maîtriser ses dépenses. Cependant, cette inégalité de prise en charge entre patients accidentés (de la voie publique, du travail, ou de guerre) et certains patients actifs non accidentés engendre une perte de chance pour ces derniers.

Les propositions pour une amélioration de la prise en charge des patients dans une enveloppe maîtrisée s'articulent donc autour d'une première phase de rénovation et d'une deuxième phase de refonte de la nomenclature favorisant l'intégration de l'innovation. La mise en œuvre de ces préconisations permettra de répondre aux besoins de lisibilité, d'équité, et de réactivité qui font défaut dans le système réglementaire actuel.

Conclusion : une nécessaire réforme du grand appareillage orthopédique

Aujourd'hui, la réforme de l'outil de prise en charge du Grand Appareillage Orthopédique

devient un sujet inévitable pour l'ensemble des acteurs dépendant de la nomenclature : patients, médecins prescripteurs, orthoprothésistes et fournisseurs industriels. Bien qu'envisagée selon un modèle égalitaire, la prise en charge d'un patient n'est pas la même selon la région dans laquelle il réside, son statut (militaire ou civil) ou selon les conditions dans lesquels son handicap est survenu (particulièrement au niveau des prothèses pour les accidents avec un tiers responsable ou du travail). La structure actuelle de la nomenclature, de par sa rigidité et son manque d'évolution, a contribué à creuser les écarts de prise en charge.

L'ensemble des objectifs cités doit pouvoir mener à une refonte structurelle de la prise en charge du Grand Appareillage Orthopédique pour une meilleure équité entre patients. La réalisation de ces objectifs n'entraînera pas de coûts supplémentaires (pour une refonte à iso budget) pour la puissance publique. **Il s'agit d'améliorer un outil déjà existant, fonctionnel, mais limité dans sa configuration actuelle tant sur le fond, par l'incorporation d'innovations, que sur la forme avec un trop grand espace laissé à l'interprétation.**

Cette réforme structurelle, bien que jugée impossible par de nombreux acteurs du secteur, est pourtant envisageable et réalisable à plusieurs égards. D'abord, l'ensemble des parties prenantes au système demandent un changement de fond et la majorité des interlocuteurs interviewés sont prêts à contribuer à la mise en œuvre de la réforme, susceptible de créer une dynamique vertueuse. Ensuite, l'étude des systèmes de prise en charge à l'étranger démontre qu'une nomenclature est évolutive et a vocation à s'adapter continuellement aux évolutions de la prise en charge. Enfin, le secteur du Grand Appareillage Orthopédique dispose d'un expert réglementaire en la personne de l'UFOP qui bénéficie d'une délégation de service public de fait. À ce titre, la nomenclature des prothèses du membre supérieur publiée en juin 2010 est la preuve qu'il est possible de réécrire une nomenclature en coproduction avec les Autorités de Santé, et d'intégrer concomitamment des produits innovants. •

LES ATTENTES DE LA PROFESSION

1  UNE RÉFORME DE L'ÉVALUATION DES DISPOSITIFS INNOVANTS (plus de réactivité)

2  UNE RÉFORME COMPLÈTE DE LA LPPR (plus de lisibilité)

3  UNE REFORME COMPLÈTE DES RÉFÉRENTIELS FORMATIONS ET COMPÉTENCES

4  LA RECONNAISSANCE D'UNE MAÎTRISE DE PROTHÉSISTE-ORTHÉSISTE

5  LA CONSTITUTION D'UN COLLÈGE NATIONAL PROFESSIONNEL (CNP) AVEC LES SOCIÉTÉS

6  LA CONSTITUTION D'UN INSTITUT SUPÉRIEUR FRANCOPHONE DE L'APPAREILLAGE

La structure actuelle de la nomenclature, de par sa rigidité et son manque d'évolution, a contribué à creuser les écarts de prise en charge.

Toutefois, l'enjeu de révision de la nomenclature dépasse une simple rénovation et exige une vraie réflexion sur la visée finale de l'outil comme moyen d'assurer une prise en charge équitable et durable entre les patients. Actuellement, la nomenclature classe les appareillages selon leurs spécifications techniques (usage fonctionnel, matériaux, types d'adjonctions etc.), et pose la problématique de la médicalisation des descriptions génériques. L'objectif d'une nomenclature redéfinie doit permettre d'assurer le principe d'équité pour la compensation du handicap, grâce à une meilleure lisibilité et clarté des lignes afin de garantir le même niveau de compréhension entre les acteurs dans l'intérêt du patient. Cette refonte doit s'articuler autour de quatre piliers :

- Une médicalisation des références génériques et de l'organisation de la nomenclature afin de placer les besoins de



Le portrait

INTERBOR. L'association internationale des entreprises d'appareillage orthopédique

Fondée en Belgique en 1958 à l'occasion de l'exposition universelle, INTERBOR représente et défend au niveau international les intérêts des entreprises d'appareillage orthopédique externe sur mesure. Ce sont donc les syndicats nationaux qui adhèrent à INTERBOR, au nom du pays qu'ils représentent. Actuellement cinq pays adhèrent à INTERBOR : la Belgique, l'Espagne, la France, le Japon et la Slovaquie plus un membre observateur, la FATO (Fédération Africaine des Techniciens Orthopédiques) qui représente 54 pays africains.

Fonctionnement d'INTERBOR. Deux à trois réunions techniques sont organisées afin d'animer les groupes de travail et un symposium peut-être organisé en fonction de l'actualité (ex : Symposium de Leipzig en mai 2012 sur la notion de dispositif médical orphelin).

INTERBOR ne fonctionne que sur la base de ces cotisations et sur la base du volontariat de ses membres. Chaque pays règle une cotisation indexée sur le PIB et la population.

Le bureau directeur et l'assemblée générale se réunissent tous les ans au sein d'une des cinq capitales des pays membres. Les Présidents d'ISPO International (International Society of Prosthetic and Orthotic) et d'INTERBOR sont invités à leurs assemblées générales respectives. Ces réunions d'INTERBOR donnent lieu à un rapport d'activité, à un rapport financier et un plan d'action qui prolongent les actions précédemment identifiées ou en propose de nouvelles. INTERBOR est accréditée par le registre de la transparence du Parlement Européen.

Stratégie et priorités d'INTERBOR. Spécialisée plus particulièrement dans le domaine socio-économique, INTERBOR a identifié quatre chantiers et thèmes qu'elle anime :

1 - La nomenclature INTERBOR

C'est l'une de ses productions les plus importantes. Elle consiste à élaborer des normes descriptives pour l'ensemble des dispositifs prothétiques et orthétiques sur mesure conçus et réalisés par les orthoprothésistes. Ce travail a été initié en 1998. Désormais achevé il continue d'être mis à jour

et nécessitera une traduction en anglais. Cette nomenclature, inspirée par la directive européenne sur les dispositifs médicaux, se compose d'un ensemble de règles destinées à identifier les dispositifs orthoprothétiques et orthétiques sur mesure et comprend :

- Les descriptions des produits orthoprothétiques et orthétiques qui sont sur le marché, en indiquant les bonnes pratiques, les recommandations de conception et de fabrication - les différents produits intégrant les différentes variantes - ;
- Elle est réalisée selon les normes internationales telles que le TDM, ISO/CEN29999, ISOTC168 et ICIDH-2/ICF.

La nomenclature peut être utilisée à des fins différentes :

- Pour les médecins elle représente un outil d'aide à la prescription ;
- Encourager l'harmonisation, la normalisation et la coopération internationale grâce à l'utilisation de la cohérence de la terminologie et un langage commun ;
- Afin de stimuler de nouvelles distributions de prothèses et d'orthèses ;
- Elaborer des listes nationales des types de produits pour la fourniture de dispositifs médicaux. À titre d'exemple, la Slovaquie a adopté dans sa nouvelle législation, la nomenclature INTERBOR.

2 - Le statut paramédical de l'orthoprothésiste

Professionnel de santé travaillant au sein d'une équipe pluridisciplinaire pilotée par un médecin spécialisé, l'orthoprothésiste conçoit, fabrique et applique sur le patient l'appareillage prescrit par le médecin. Le statut de professionnel de santé devrait être reconnu au niveau européen et au niveau international afin d'en garantir le niveau et la cohérence. INTERBOR œuvre en ce sens, en particulier auprès du BIT et de l'OMS. Cette démarche est appuyée par la société

savante ISPO International.

3 - Les études médico-économiques

Afin de faciliter le benchmarking des niveaux de prise en charge et des volumes d'activités, INTERBOR a publié en 2011, lors de son AG de Madrid, la première étude socio-économique du secteur qui consolide les données de 11 pays dont 10 ressortissants de l'Union Européenne.

Les résultats de la dernière étude, administrée par des étudiants de l'IUT de Charleville-Mézières (France) au premier trimestre 2017, fait l'objet d'une présentation en avant-première ce jour au BIT.

4 - La croix jaune

Créée initialement par le syndicat des orthoprothésistes espagnols (FEDOP), Cruz Amarilla (La croix jaune), à l'instar de la croix verte pour les pharmaciens, signale les spécificités du métier d'appareilleur orthopédique. C'est INTERBOR qui détient la propriété de la licence européenne. Elle est à ce jour utilisée en Espagne et en Belgique.

Les résultats de l'enquête médico-économique de 2017

Réponses : 27 associations nationales dont 8 pays de l'OCDE

Les Pays de l'OCDE

Dont : USA, Australie, 5 pays européens (France, Belgique, Espagne, Italie, Slovaquie) et Russie

Des PIB par Habitant 2015 compris entre 16 000 \$ (Slovaquie) et 56 000 \$ (USA) à l'exception de la Russie (8 500 \$)

Moyenne : 33 300 \$ / habitant

Echantillons des associations répondantes. 6 Membres sur 8 représentent des entreprises dont

une grande proportion sont des entreprises privées.

Ces associations représentent des entreprises dont toutes ont une activité liée à l'appareillage orthopédique sur mesure et une grande proportion ont des activités complémentaires liées à l'appareillage (orthèses de série, chaussures orthopédiques).

Reconnaissance du statut paramédical par les autorités de tutelle : 7/8. Seule la Russie ne reconnaît pas cette profession comme paramédicale.

Réglementation nationale. Seuls 4 pays possèdent un système réglementaire national définissant les conditions d'exercice de la profession. Et ce, indépendamment des réglementations supranationales telles que la Directive Européenne en vigueur sur le marché européen. Nota : dans tous ces pays, à part en Russie, des organismes de contrôle qualité nationaux existent.

Formation. Dans tous ces pays, un diplôme est exigé pour l'exercice de la profession d'orthoprothésiste réalisant du sur mesure. 5 à 6 pays exigent des diplômes pour l'exercice de l'appareillage de série et de la podo-orthèse. Seulement 3 pays exigent des diplômes pour la délivrance d'aides techniques. Dans tous ces pays il existe une ou plusieurs écoles dispensant la formation ad hoc. On notera que sur ces 8 pays, seules 3 associations déclarent que le besoin en orthoprothésistes est suffisant. Quant au niveau du diplôme délivré, 6 pays délivrent un diplôme de niveau I (Standard ISPO International). Pour les 6 pays qui délivrent un diplôme de niveau I, ce niveau est considéré comme suffisant pour répondre aux exigences du marché.

Système de remboursement. Dans la grande majorité de ces pays (à l'exception de la Russie), il existe une nomenclature des produits délivrés. Dans les 8 pays, il existe un remboursement des prestations allant de 80 à 100 % dans 5 pays pour l'appareillage sur mesure (souvent pris en charge par les systèmes de Sécurité Sociale).

Conclusion : à l'exception de la Russie, dans les pays de l'OCDE qui ont répondu à l'enquête, le système en place pour l'appareillage orthopédique, quel qu'il soit, est structuré, organisé, financé et contrôlé.

Les Pays émergents

19 pays ont répondu au questionnaire. 100 % africains, tous membres de la FATO (Fédération Africaine des Techniciens Orthopédiques).

PIB 2015. Dans 18 pays le PIB est compris entre 478 et 2200 \$. Un seul pays dépasse très largement ces montants, le Gabon, avec 8580 \$ par habitant. La moyenne de l'ensemble représentant 1350 \$ par habitant, soit 25 fois moins que la moyenne des pays de l'OCDE qui ont répondu au questionnaire.

L'échantillon des associations répondant à l'enquête (pays en voie de développement).

Les associations regroupent des professionnels (personnes physiques) pour 10 pays, ou un mixte de professionnels et d'entreprises dans 9 pays. À l'inverse des associations des pays de l'OCDE, il existe peu d'entreprises privées. La majorité des personnes morales adhérentes sont des centres ou hôpitaux publics ou privés. Les professionnels adhérent à ces associations (personnes physiques) sont en grande partie des orthésistes prothésistes, des podo-orthésistes, mais également des médecins, des kinésithérapeutes, que l'on ne trouve pas dans les associations ou syndicats des pays de l'OCDE.

Activité. Les activités développées par les membres de ces associations sont identiques à celles développées dans l'OCDE : le sur mesure en particulier, mais également la podo-orthèse, la délivrance d'orthèses de série, et la fourniture d'aides techniques.

Reconnaissance. Dans 15 pays sur 19, la profession d'orthésiste prothésiste est officiellement reconnue. Seuls 11 pays sur 19 reconnaissent le caractère paramédical de la profession. Il n'existe un statut professionnel ou une loi réglementant la profession que dans 9 pays sur 19. Il n'existe aucune réglementation supranationale en application dans l'ensemble de ces pays. Un système de contrôle de la qualité des produits n'est en place que dans 5 pays sur 19.

Formation. Dans tous ces pays (19 sur 19), un diplôme est exigé pour exercer la profession d'orthoprothésiste. Dans 10 pays sur 19 un diplôme

est exigé pour exercer la profession de podo-orthésiste. Sur l'ensemble de ces pays il n'existe que 7 écoles pour former l'orthésiste prothésiste et podo-orthésiste. Le nombre de diplômés est donc très insuffisant pour répondre aux besoins et le niveau dispensé n'est pas suffisant pour 17 pays sur 19.

Système de remboursement. Il existe une nomenclature dans 10 pays sur 19 et un système de remboursement d'appareils sur mesure dans 8 pays sur 19.

Nota : la prise en charge à 100 % par les États (systèmes de Sécurité Sociale) n'existe que dans 3 pays sur 19.

Conclusion : Dans tous ces pays, les associations nationales, fédérées depuis une dizaine d'années par la FATO, poursuivent un réel effort pour structurer la profession, améliorer la formation dans les écoles, faire reconnaître la profession par les pouvoirs publics. •



Pr Jérôme Cottalorda

Le grand appareillage

Dans le domaine du grand appareillage orthopédique, le trio patient, médecin prescripteur et orthoprothésiste est incontournable. Dans certaines pathologies, un appareillage sera nécessaire de manière temporaire ou définitive. Il faut bien différencier le petit appareillage du grand appareillage. Le petit appareillage est fabriqué selon des références standards, correspondant à la majorité de la population. Il est disponible immédiatement sur les étagères des pharmacies ou chez les revendeurs spécialisés. Ce sont par exemple les colliers cervicaux, les ceintures de soutien lombaires, les genouillères. À l'inverse, le grand appareillage n'est réalisé que sur mesure. Il est unique et adapté à chaque personne. Ce sont des professionnels qualifiés, les orthoprothésistes qui sont seuls habilités à concevoir et à fabriquer ces grands appareillages. Le travail de l'orthoprothésiste est chronophage : rencontre des patients, prise d'empreinte, fabrication du grand appareillage, essayage, modifications et adaptations éventuelles, suivi du patient après la livraison du grand appareillage, service après-vente. Il y a donc un « monde » entre la vente d'un petit appareillage qui se trouve sur une étagère et la fabrication et la livraison d'un grand appareillage. C'est du seul grand appareillage dont nous parlerons dans cette présentation. Il existe deux grandes familles dans ce grand appareillage : les prothèses externes et les orthèses.

Les prothèses externes

On appelle prothèse externe (en opposition aux prothèses internes qui sont positionnées à l'intérieur du corps comme les prothèses totales de hanche ou du genou) des prothèses qui viennent remplacer un membre ou une partie de membre manquant (jambe, pied, avant-bras, main, etc.). Ce membre a été amputé

pour différentes pathologies médicales (diabète, maladie des artères, traumatismes lors d'accidents de la voie publique, tumeurs cancéreuses, etc.) ou ce membre était absent dès la naissance (malformations congénitales).

« Au nombre de 800 en France, les orthoprothésistes sont les seuls intervenants autorisés à concevoir et réaliser les appareillages orthopédiques externes sur mesure et sur moulage ! »

Les orthèses

Les orthèses viennent suppléer une carence de façon temporaire ou définitive, compenser un handicap ou une déficience ostéoarticulaire, musculaire ou neurologique. L'orthèse la plus répandue est le corset. Il existe des corsets de simple maintien (après une fracture vertébrale, pour calmer des lombalgies ou encore qui sont prescrits en relai d'une opération chirurgicale). Il existe aussi des corsets de correction qui réduisent une déviation du rachis, pour des scolioses ou des cyphoses, dans le but de prévenir son aggravation. Des orthèses

sont aussi placées sur les membres supérieurs et inférieurs, par exemple, pour réduire une douleur due à l'arthrose ou immobiliser ou décharger une articulation. Les orthèses dépendent soit du grand appareillage si la mesure est indispensable, soit du petit appareillage (genouillères, colliers cervicaux, etc.) vendu dans les pharmacies et magasins d'aides techniques.

Le travail de l'orthoprothésiste

Une collaboration étroite est nécessaire entre le médecin prescripteur et l'orthoprothésiste qui va fabriquer une prothèse ou une orthèse. En effet chacun de ces deux professionnels a une compétence spécifique. Le médecin indique à l'orthoprothésiste ce qu'il attend du grand appareillage. Les médecins prescripteurs sont souvent des chirurgiens orthopédistes, des médecins de Physique et Réadaptation, des rhumatologues, mais parfois aussi (en particulier pour des renouvellements à l'identique) des médecins généralistes. Le médecin n'a pas, sauf cas exceptionnel, la compétence technique pour savoir comment fabriquer cet appareillage. Il donne donc à l'orthoprothésiste un cahier des charges de ce qu'il attend et qui intègre notamment le projet de vie du patient. L'orthoprothésiste a cette compétence. Il sait ce qui est techniquement réalisable. Les orthoprothésistes sont des professionnels du secteur paramédical au même titre que les kinésithérapeutes ou les infirmières. Au nombre de 800 en France, ils sont les seuls intervenants autorisés à concevoir et réaliser les appareillages orthopédiques externes sur mesure et sur moulage. Ils sont titulaires d'un BTS délivré après trois années d'études dans l'un des quatre lycées qui y préparent. Leur savoir-faire fait appel à de solides connaissances scientifiques (physique, anatomie, biomécanique, connaissance des matériaux, etc.) mais aussi à une disposition pour le travail manuel, les techniques numériques et la vision en trois dimensions sans oublier les capacités

relationnelles avec les patients. La grande majorité des orthoprothésistes travaille au sein de sociétés. D'autres exercent dans des centres de rééducation, à la Sécurité Sociale ou dans des associations humanitaires.

« C'est de cet échange entre le médecin et l'orthoprothésiste, sans oublier bien sûr le patient qui est l'acteur principal, qu'on pourra trouver la meilleure solution médicale et technique pour le patient ! »

Un trio incontournable

C'est de cet échange entre le médecin et l'orthoprothésiste, sans oublier bien sûr le patient qui est l'acteur principal, qu'on pourra trouver la meilleure solution médicale et technique pour le patient. Ce trio patient, médecin, orthoprothésiste est incontournable. Il est la clé du succès d'un bon appareillage. Dans de nombreux hôpitaux, les orthoprothésistes, extérieurs à l'établissement, sont appelés à participer aux consultations, au sein de l'équipe pluridisciplinaire qui prend en charge les patients dans la durée. Ils sont souvent présents aux rendez-vous de suivi par le chirurgien, ce qui est chronophage pour lui mais qui facilite les décisions communes de rectifications ou changements d'appareils.

La conception et la fabrication d'une orthèse ou d'une prothèse

La première étape est toujours celle d'une « rencontre » entre un orthoprothésiste et son patient, soit au cours de consultation pluridisciplinaire, soit dans une chambre d'hôpital ou dans un cabinet de consultation, soit au sein de l'établissement de l'appareilleur. Le patient informe l'orthoprothésiste de ses attentes et l'orthoprothésiste explique au patient ce qui va être réalisé avec les contraintes techniques. La seconde étape est celle de la prise d'empreinte. Bien que le moulage plâtré reste encore utilisé dans certains cas, il laisse de plus en plus souvent la place à une empreinte virtuelle (dite empreinte optique) réalisée à l'aide d'un scanner optique. Ces scanners optiques ont la taille d'un caméscope que l'orthoprothésiste passe autour du moignon ou du tronc. Quelques secondes suffisent pour effectuer ainsi le « moulage ». Cette empreinte optique permet donc d'obtenir la forme externe du tronc ou d'un membre. C'est le point de départ à partir duquel l'orthoprothésiste va, grâce à des modifications et des corrections, créer une orthèse ou une prothèse, unique, adaptée à un patient donné. Les orthoprothésistes maîtrisent parfaitement l'outil informatique. C'est à partir de la forme externe d'un moignon d'amputation, que l'orthoprothésiste va pouvoir adapter sa prothèse au plus près de ce moignon pour qu'elle soit stable et bien tolérée par le patient. Lors de la confection d'un corset pour scoliose, l'orthoprothésiste va modifier les contraintes externes appliquées à la forme externe du tronc pour corriger cette courbure scoliothique. Le « moulage optique » ainsi obtenu est ensuite matérialisé en mousse (polyuréthane) à l'aide d'une machine à commande numérique. Ce « positif » est ensuite utilisé par l'orthoprothésiste pour fabriquer dans son atelier le corset. Les matériaux ont beaucoup évolué ces dernières années. Hier en bois et cuir, puis en plexidur (sorte de plastic), les prothèses sont aujourd'hui constituées de polypropylène, de résines moulées ou de fibre de carbone pour offrir au patient le meilleur compromis entre légèreté et résistance et pour améliorer son confort. Pour autant, le

travail de l'orthoprothésiste n'est pas terminé. Il faut désormais délivrer l'appareillage au patient. Comme tout ce qui est fait sur mesure, la grande majorité des appareillages externes va réclamer des modifications minutieuses pour obtenir une adaptation parfaite de l'appareillage à la morphologie du patient. Ensemble, orthoprothésiste et patient veilleront à sa parfaite tolérance. Puis, dans les jours et les semaines qui suivent, le patient retournera voir l'orthoprothésiste, le nombre de fois nécessaire en cas de gêne ou d'inconfort, afin de réaliser des ajustements. Dans les mois et les années suivants, le patient reverra l'orthoprothésiste pour assurer la maintenance de l'appareillage. Le « service après-vente » fait partie intégrante de la prestation de l'orthoprothésiste et il n'est pas payant.

Au moment où la médecine sur mesure est à l'ordre du jour de l'ensemble des problématiques de santé, la mission de compensation du handicap dévolue à l'orthoprothésiste, toujours sur mesure, y répond avec acuité et pertinence. •

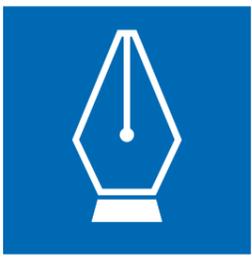
Pr. Jérôme Cottalorda
Coordonnateur du département de chirurgie infantile
Hôpital Lapeyronie à Montpellier

Références

<http://www.sofcot.fr/Infos-public-Patients/Toutes-les-actualites-grand-public/Protheses-de-membres-corsets-ortheses-Tout-savoir-sur-les-appareillages-orthopediques-externes-et-ceux-qui-les-concoivent>

Homo Erectus, le combat d'une profession par Philippe Fourny, Ed. Cherche Midi, 2011

<http://www.ufop-ortho.fr>, le site de l'Union Française des Orthoprothésistes



Philippe Fourny, et ^{Pr} Remi Kohler

Tout savoir sur les appareillages orthopédiques externes et ceux qui les conçoivent

Corriger une scoliose, réduire une fracture de vertèbres, permettre à une personne amputée d'une main, d'un bras ou d'une jambe de retrouver une vie normale... Dans le traitement de certaines pathologies, les chirurgiens orthopédistes, s'appuient sur des spécialistes aussi précieux qu'indispensables : les orthoprothésistes. Ces professionnels sont les seuls habilités à concevoir et fabriquer les grands appareillages externes sur mesure comme les corsets ou les prothèses de membres. Gros plan sur les missions et les techniques d'une profession méconnue qui contribue chaque année à compenser ou corriger le handicap de dizaines de milliers de patients.

Des appareillages externes pour qui et pour quoi ?

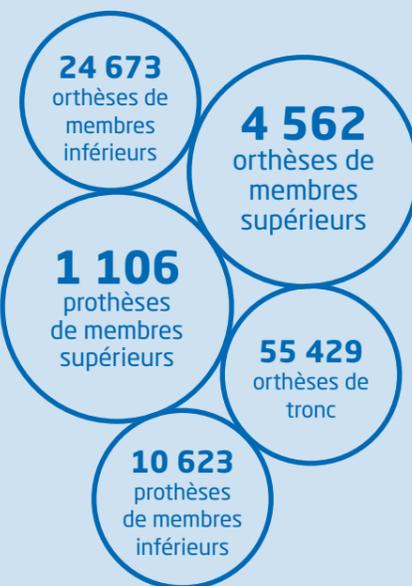
Les appareillages orthopédiques externes dont la pose n'exige pas d'intervention chirurgicale (contrairement aux prothèses implantées de hanche et de genou, par exemple) se décomposent en deux grandes familles : les prothèses externes et les orthèses.

Les prothèses externes

La prothèse vient remplacer un membre entier manquant ou une partie de membre (jambe, pied, avant-bras, main...) qui a été amputé. Contrairement aux idées reçues, la plupart des amputations ne sont pas dues à un traumatisme (30% des cas) mais dans 60% des cas aux effets d'une maladie délétère (cardiopathie, diabète, artérite...) chez des patients âgés. L'amputation est également pratiquée dans le traitement des cancers (exceptionnellement de nos jours 5%), pour régulariser une agénésie (2%), c'est-à-dire une malformation de naissance comme un pied très malformé ou un membre extrêmement court et dans d'autres cas divers (3%).

Les orthèses

Une orthèse vient suppléer une carence de façon temporaire ou définitive, compenser un handicap ou une déficience ostéoarticulaire, musculaire ou neurologique. La plus répandue est le « corset » dont il existe deux grandes familles : les corsets de maintien, qui se contentent de maintenir le tronc à la suite d'une fracture vertébrale ou d'une opération chirurgicale et les corsets de correction qui réduisent une déviation du rachis (scoliose, cyphose) dans le but de prévenir son aggravation et éviter une intervention. Les orthèses sont aussi placées sur les membres supérieurs et inférieurs, par exemple, pour réduire une douleur due à l'arthrose ou immobiliser ou décharger une articulation (par exemple, dans l'ostéochondrite de la hanche chez le jeune enfant).



Parallèlement, on doit distinguer les grands appareillages réalisés sur mesure (corsets et prothèses de membres) abordés dans cet article des petits appareillages, qu'ils soient standards fabriqués en série (petites attelles, colliers cervicaux...) et vendus dans les pharmacies et magasins d'aides techniques, ou fabriqués sur mesure mais uniquement pour de petites orthèses à même le membre et sans utiliser de moulage.

Qui prescrit et qui fabrique les appareillages ?

Les prothèses externes et les orthèses sont prescrites un médecin le plus souvent spécialiste de l'appareil locomoteur : chirurgien orthopédiste, spécialiste de médecine physique et de réadaptation, rhumatologue, voire neurologue. C'est à partir de l'indication et du cahier des charges du praticien qu'un orthoprothésiste va réaliser l'appareillage sur mesure et sur moulage adapté à chaque patient. À ne pas confondre avec les podoprothésistes qui fabriquent des semelles et chaussures orthopédiques, les orthoprothésistes sont des professionnels du secteur paramédical au même titre que les kinésithérapeutes ou les infirmières. Ils travaillent en relation très étroite avec les médecins. Dans de nombreux hôpitaux, ils participent aux consultations aux côtés des chirurgiens, au sein de l'équipe pluridisciplinaire qui prend en charge les patients dans la durée. Ils peuvent être ainsi présents aux différents rendez-vous de suivi par le chirurgien, (le premier mois après la pose de l'appareillage puis tous les 4 à 6 mois environ) ce qui facilite les décisions de rectifications ou changements d'appareils.

Une expertise rare et diversifiée

Au nombre de 800 en France, les orthoprothésistes sont les seuls intervenants autorisés à concevoir et réaliser les appareillages orthopédiques externes sur mesure et sur moulage. Ils sont titulaires d'un BTS délivré après trois ans d'études dans l'un des quatre lycées qui y préparent. Leur savoir-faire fait appel à de solides connaissances scientifiques (physique, matériaux, anatomie...) mais aussi à une disposition pour le travail manuel, les techniques numériques et la vision en trois dimensions ainsi que des capacités relationnelles avec les patients.

La grande majorité des orthoprothésistes travaille au sein de sociétés de droit privé en tant que dirigeants ou salariés, une centaine d'autres exerçant dans d'autres entités (centres de rééducation, Sécurité Sociale, associations humanitaires). Au total, le secteur regroupe 2 500 personnes dont une majorité de techniciens qui assistent les orthoprothésistes dans la fabrication des appareillages. Chaque année, les orthoprothésistes assurent la réalisation de plus de 150 000 orthèses et prothèses. Cela représente un budget annuel d'environ 260 millions d'euros soit une demi-journée du budget de l'Assurance Maladie.

Je dois être appareillé. Est-ce que je rencontrerai l'orthoprothésiste qui concevra et fabriquera mon appareillage ?

Oui et même plusieurs fois ! La grande majorité des appareillages externes réclame un travail précis et minutieux d'adaptation à la morphologie et à la pathologie du patient. Pour cela, l'orthoprothésiste va réaliser une empreinte de la partie du corps à appareiller. C'est encore lui qui procédera à la pose de l'orthèse ou de la prothèse pour veiller à sa parfaite adaptation. Puis, dans les jours et les semaines qui suivent, le patient pourra retourner le voir le nombre de fois nécessaire en cas de gêne ou d'inconfort afin de faire réaliser des ajustements. Même chose dans les mois et années suivants pour assurer la maintenance de l'appareillage. Et cela, sans avoir à déboursier d'argent. Le « service après-vente » fait partie intégrante de la prestation de l'orthoprothésiste.

Comment est fabriqué un grand appareillage orthopédique ?

Tout commence par une empreinte du moignon du membre ou du tronc. Jusqu'à récemment, cette empreinte était exclusivement réalisée à l'aide de bandes plâtrées qui, une fois séchées, permettaient d'obtenir un moulage négatif. À la façon d'un sculpteur, l'orthoprothésiste coulait ensuite du plâtre pour obtenir le moulage positif reproduisant les formes et le volume du moignon ou du tronc. Après

avoir été affiné (pour supprimer les imperfections) et/ou corrigé selon une orientation précise définie par le chirurgien pour redresser une scoliose ou optimiser le maintien et le confort d'une emboiture sur un moignon, ce moulage servait ensuite à réaliser l'appareillage proprement dit à l'aide d'un matériau thermoformable ou de matériaux composites. Aujourd'hui, le processus reste identique mais certaines de ces étapes ont évolué grâce à la capacité de la profession à capter et adapter très rapidement des avancées technologiques venues de l'industrie, avec le concours fructueux de médecins experts.

Bien que le moulage plâtré reste fréquemment utilisé, il laisse de plus en plus souvent la place à une empreinte virtuelle réalisée à l'aide d'un scanner optique (voir ci-dessous). L'orthoprothésiste la corrige sur écran à l'aide d'un stylet ou d'un joystick qui restitue la dureté du plâtre pour retirer ou rajouter de la « matière » comme il l'aurait fait sur un moulage plâtré. Le « moulage » numérique ainsi obtenu est ensuite matérialisé en mousse (polyuréthane) à l'aide d'une machine à commande numérique. Comme pour le procédé traditionnel, ce positif est ensuite utilisé par l'orthoprothésiste pour fabriquer dans son atelier la prothèse, l'orthèse ou le corset. Là aussi, les techniques ont fortement évolué ces dernières années. Hier en bois et cuir, puis en « plexidur » (sorte de plastic jaune), les prothèses sont aujourd'hui constituées de matériaux comme le polypropylène, les résines moulées ou la fibre de carbone. Objectif ? Offrir le meilleur compromis entre légèreté et résistance pour améliorer le confort du patient.

Autre « secret » de fabrication des orthoprothésistes qui concerne les seules prothèses de membres : la modularité. Apparue dans les années 60, celle-ci a révolutionné le métier et permis aux patients de disposer plus rapidement de leurs appareillages tout en améliorant fortement la fiabilité de ceux-ci. Cette approche consiste à assembler des composants de la prothèse (genou, pied...) fabriqués en micro-série par des industriels spécialisés. Grâce à cela, l'orthoprothésiste, qui choisit dans des catalogues les éléments les mieux adaptés, peut se concentrer sur la réalisation sur mesure de la partie la plus stratégique de la prothèse : l'« emboiture » située

à l'interface avec le moignon donc la peau. C'est de sa qualité que dépendra le confort du patient et sa capacité à « oublier » le plus possible sa prothèse dans la vie de tous les jours.

L'empreinte optique du tronc : une procédure conçue et développée en France

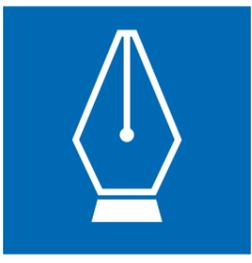
Dans les années 90, une équipe lyonnaise associant des chirurgiens orthopédistes pédiatriques des Hospices civils de Lyon et l'entreprise Lecante a souhaité s'affranchir de l'étape du moulage en plâtre pour les corsets d'enfants atteints de scoliose. En s'inspirant des technologies alors récentes de CFAO (Conception et Fabrication Assistée par Ordinateur) de l'industrie aéronautique, elle a mis au point une méthode d'empreinte numérique. À l'époque, le patient entraînait dans une cabine de type « Photomaton » dans laquelle un scanner réalisait des images 3D que l'orthoprothésiste récupérerait dans une disquette. Aujourd'hui, les cabines ont laissé leur place à de petits scanners de la taille d'un caméscope (dont le leader mondial est un industriel français) que l'orthoprothésiste passe autour du moignon ou du tronc. Quelques secondes suffisent pour effectuer ainsi le « moulage » qui servira à fabriquer le futur appareillage. Précision importante : à la différence d'un scanner radiologique, le patient n'est exposé à aucune irradiation.

Quelle est la durée de vie d'un appareillage ?

Les appareils orthopédiques sont renouvelés tous les 3 à 5 ans (durée pendant laquelle ils sont garantis) mais plus souvent chez les enfants afin de s'adapter à leur croissance. Entre 14 et 17 ans, un adolescent atteint de scoliose, par exemple, disposera de 2 ou 3 corsets différents et successifs pour un traitement. Pour une prothèse de membre inférieur, il est parfois nécessaire de remplacer une partie des composants qui s'usent avec le temps.

Comment vit-on avec un appareillage ?

L'objectif n°1 d'un orthoprothésiste est de tout faire pour que le patient oublie le plus possible



La tribune

son appareillage, une fois ressenti un certain désagrément qui s'atténue rapidement. Pour les corsets, une semaine d'accoutumance est en général nécessaire avant de pouvoir reprendre une vie quasiment normale. La pose d'une prothèse de membre s'accompagne le plus souvent de soins de rééducation assurés par des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes. Le retour à l'emploi et à une vie quotidienne normale est plus facile pour les prothèses partielles comme celle de la jambe (tibia) que celle de la cuisse. Mais quelque soit l'appareillage, celui-ci ne doit générer aucune douleur. Si c'est le cas, le patient doit en informer son chirurgien rapidement et retourner voir l'orthoprothésiste.

Je viens d'être amputé. Quand serai-je appareillé ?

L'objectif est de remettre le patient debout le plus vite possible pour éviter toute complication telle qu'un œdème, dû à une station allongée trop longue. C'est pourquoi une emboîture provisoire est posée rapidement dans les 15 jours qui suivent l'intervention, lorsque la cicatrisation du moignon est assurée. Le patient est ensuite équipé de sa prothèse définitive dans une période de quelques semaines. Le même processus est appliqué pour les prothèses du membre supérieur.

Combien coûte un appareillage ?

Pour le patient, zéro euro ! S'inscrivant dans le traitement des affections de longue durée, un corset ou une prothèse de membre est pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale. En revanche, l'objet en lui-même – et tout le savoir-faire qu'il exige – a un coût. Le prix moyen varie de 1 100 euros pour une prothèse de membre supérieur et 1 200 pour un corset de maintien du tronc à 2 600 euros pour un corset verticalisateur et plus de 4 500 euros pour une prothèse de membre inférieur.

Quels progrès peut-on attendre des appareillages de demain ?

Depuis qu'ils existent, les orthoprothésistes ont un objectif, véritable fil rouge de la profession : la quête de la légèreté et de la robustesse. De nouvelles avancées dans ce domaine continueront à intervenir dans les années à venir. Mais leurs recherches se concentrent également sur l'interface de commande des prothèses, notamment sur la prothèse de main. Depuis les années 70, la commande d'une main prothétique est myoélectrique. Pour commander sa prothèse, le patient contracte son pectoral où est placé un capteur.

Bien que les technologies aient progressé au fil des années avec l'apparition de logiciels embarqués analysant l'objet à manipuler, les mouvements restent sommaires et similaires à ceux d'une pince. D'où l'ambition d'aller beaucoup plus loin afin de permettre au patient de retrouver le plus grand nombre possible de fonctions parmi la centaine qu'est capable de remplir une main valide. Des recherches dans ce domaine sont en cours visant à essayer de connecter la prothèse au système nerveux central ou périphérique mais il ne faut pas en attendre d'avancées concrètes avant de nombreuses années.

Pour les prothèses du membre inférieur, l'enjeu se concentre sur le genou. Depuis les années 2000, il existe des genoux « intelligents » équipés d'un gyroscope et capables d'analyser les mouvements du genou valide pour caler le rythme et l'ampleur du pas de la prothèse. Demain, des projets pourraient permettre d'aller plus loin dans la précision de la commande. Des Français ont ainsi réalisé récemment une première mondiale en concevant un prototype de jambe bionique intégrant une liaison intelligente entre la cheville et le genou. •

**Philippe Fourny, Délégué Général de l'UFOP
Pr Rémi Kohler, chirurgien orthopédiste,
ancien Président de l'AOT (Académie
d'orthopédie et de traumatologie).**

Pour aller plus loin

- « Homo Erectus, le combat d'une profession », par Philippe Fourny, Ed. Cherche Midi
- <http://www.ufop-ortho.fr>, le site de l'Union Française des Orthoprothésistes
- « Traité de médecine physique et de réadaptation », de Jean Pierre Held et Olivier Dizien, Ed.Médecine Sciences Flammarion

Lexique

Agénésie : arrêt du développement d'un membre (ou d'un organe) durant la vie intra-utérine provoquant une malformation.

Artérite : inflammation des parois des artères

Cyphose : déformation de la colonne vertébrale en forme de voûture

Emboîture : structure qui reçoit le moignon et sur laquelle se fixent les éléments de la prothèse d'un membre

Myoélectrique : se dit d'une prothèse de membre supérieur fonctionnant grâce aux contractions musculaires contrôlées du patient et à des électrodes placées au contact de la peau et fixées dans l'emboîture

Ostéochondrite : anomalie de la croissance de l'os et du cartilage

Scoliose : déviation de la colonne vertébrale liée à une rotation des vertèbres

Source : <http://www.sofcot.fr/>



Le fait historique

Homo Erectus : le combat d'une profession

Ce livre comble un manque évident et l'on doit féliciter son auteur pour le travail considérable de documentation présenté de façon particulièrement claire et agréable. Dans sa belle préface, Yves Coppens indique que 'l'orthoprothésiste, qui suit son patient toute sa vie, porte un peu son âme...'. Il était donc légitime que cette profession soit mieux connue, reconnue, justifiant le sous titre à l'opposé d'un manifeste car les orthoprothésistes d'aujourd'hui savent bien que leur travail s'inscrit dans la discrétion :

- vis-à-vis du patient d'abord car tous leurs efforts convergent pour réaliser des appareillages légers, invisibles, contribuant à la meilleure tolérance de leur handicap ;
- en termes de santé publique, cette profession pèse peu : une demie journée du budget annuel de l'Assurance Maladie. Elle est quasiment orpheline : 150 000 appareillages confectionnés par 500 praticiens ! Il s'agit d'orthèses du tronc (50%), de prothèses des membres inférieurs (30%), d'orthèses des membres inférieurs (16%).

Le terme d'orthoprothésiste est récent (2007) et le Code de santé publique dispose que « est considéré comme orthoprothésiste toute personne qui procède à l'appareillage orthopédique externe sur mesure avec prise d'empreinte ou moulage d'une personne malade ou handicapée présentant soit une amputation de tout ou partie d'un membre, soit une déficience ostéoarticulaire, musculaire ou neurologique... ». Les orthoprothésistes sont ainsi devenus des partenaires essentiels du chirurgien orthopédiste, comme en témoignent d'ailleurs des consultations pluridisciplinaires. Plus encore, c'est cette collaboration étroite qui a permis les progrès récents en « transformant la pensée médicale en pensée mécanique ».

L'ouvrage contient une mine d'informations. Un

premier chapitre d'histoire, passionnant, brosse cette grande aventure de l'appareillage, commencée avec Ambroise Paré dans la seconde moitié du XVI^e siècle, poursuivie aux Invalides sous Louis-XIV pour les blessés de guerre, reprise ensuite par des « bandagistes » au XIX^e siècle liés à des « instituts orthopédiques » ; mais surtout, elle connaîtra un essor considérable pendant la grande guerre de 14-18 qui a brutalement fait quatre millions de blessés. Ainsi, les premiers services d'appareillage ont-ils été créés dès 1916 avec pour objectif « l'instantanéité de fabrication et l'adaptation aux besoins de vie sociale ». Cette empreinte militaire perdurera jusqu'au 1^{er} janvier 2010, lorsque seront dissous les centres d'appareillage gérés par le Secrétariat d'Etat aux anciens combattants !

Suit un important chapitre sur la technologie des orthèses qui est tout sauf aride. Il décrit les matériaux utilisés avec une évolution étonnante (du bois et du cuir jusqu'au plastique et fibres de carbone actuels) et les procédures de fabrication et d'application (passant du moulage plâtré, artisanal s'il en est, aux techniques les plus avancées de Conception fabrication assistées par ordinateurs [CFAO]). C'est un formidable bond en avant qu'a fait la profession en un quart de siècle, passant de « fabricant de jambe de bois » à celle de « technicien hightech ». Cette mutation a été initiée et accompagnée par la profession elle-même.

Un dernier chapitre aborde les perspectives futures de l'appareillage avec deux volets qui ont en commun la qualité de la vie :

- Dans les pays développés, des perspectives futuristes pour l'homme handicapé d'aller au-delà de ses limites (comme on le voit dans les jeux paralympiques) ;
- Mais aussi, pour les pays sous développés, de permettre à une population handicapée, blessée, de simplement sur-vivre avec des moyens simples et peu coûteux.

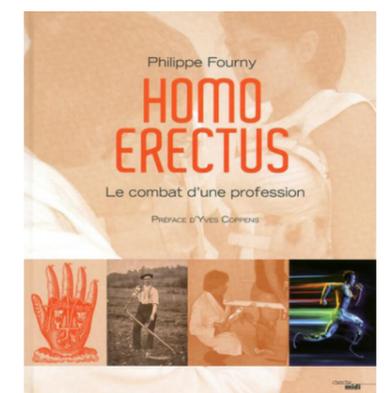
Enfin, les annexes présentent d'abondantes sources bibliographiques et références professionnelles très utiles.

Au-delà du caractère très didactique de l'ouvrage, il faut féliciter l'auteur et l'éditeur pour la qualité de la maquette qui met en valeur des documents d'archives exceptionnels et des images modernes d'orthèses, aussi belles que fonctionnelles. Tout cela en fait véritablement un « beau livre », hommage à cette profession. À celle-ci maintenant de transformer l'essai et, au-delà des perspectives de recherche (robots, prothèses myoélectriques, etc.) de développer son enseignement, en concertation avec les chirurgiens orthopédistes. L'Union française des orthoprothésistes (UFOP), qui a bien structuré cette profession, ne doit pas méconnaître cet important volet.

Nul doute que ce livre trouvera un large écho chez les orthoprothésistes bien sûr, les médecins rééducateurs, les kinésithérapeutes et bien sûr les orthopédistes : en 2010 la devise de la Sofcot était « bouger c'est rester libre ». Les orthoprothésistes y contribuent largement puisque, comme le dit joliment Philippe Fourny « la prothèse qui sert à se déplacer, sert aussi à être » •

Rémi Kohler

Service de chirurgie orthopédique
Hôpital Edouard-Herriot





Partenariat

L'atout COEUR de notre réflexion :

Avoir une ou des idées c'est bien ! Rassembler des femmes et des hommes qui partagent la même volonté de faire évoluer notre pacte social, c'est extraordinaire ! Mais quand on a des partenaires qui ont accepté de participer à notre réflexion et de la soutenir humainement et financièrement, c'est primordial ! Nous savons pertinemment que sans eux, nous n'aurions pas réussi à lancer et à poursuivre cette aventure. De jour en jour, ils deviennent plus nombreux et participent à toutes nos actions. Toutes nos perspectives se concrétiseront avec eux. Ils prouvent, au quotidien, que le dialogue social n'est pas une ineptie mais un fondement de notre avenir et de notre démocratie.

S'engager aux côtés du CRAPS, c'est :

- Participer à une réflexion sur l'avenir de notre protection sociale
- Être une force de propositions
- Rencontrer et débattre avec les acteurs de ce système républicain
- Promouvoir le débat démocratique

Devenir partenaire, c'est :

- Être visible sur l'ensemble de nos supports
- Être au coeur d'une réflexion primordiale pour notre société



Partenariat

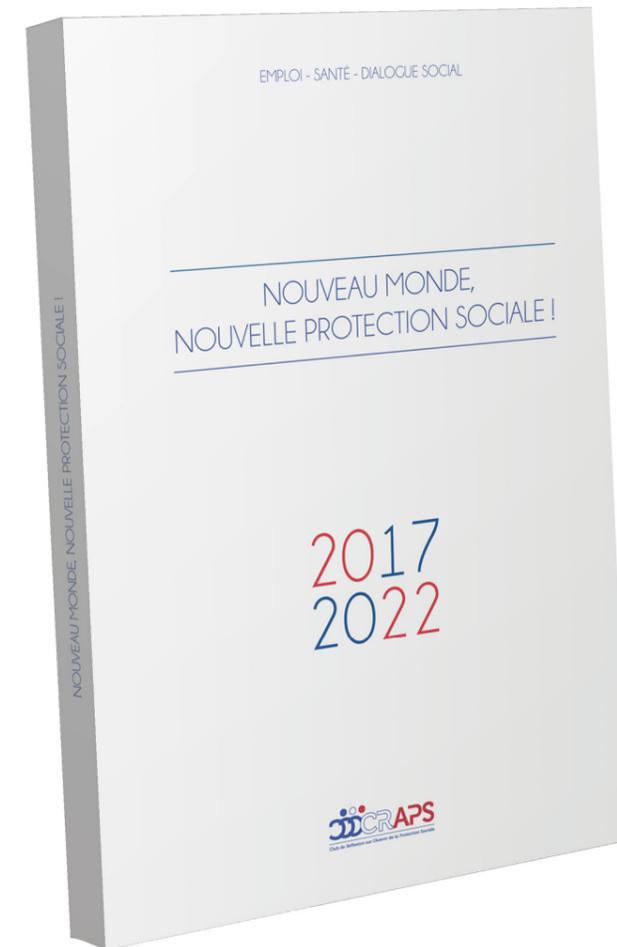




Contact

Fabien Brisard

Délégué Général du CRAPS
54 rue René Boulanger, 75012 Paris
01 73 75 41 09 / 06 37 55 89 59
f.brisard@association-craps.fr



«La Protection Sociale,
une idée d'avenir.»