



Approvisionnement en médicaments du service d'hospitalisation à domicile du CHU de Grenoble : évaluation du double système ville - hôpital

Thérèse Guillon

► To cite this version:

Thérèse Guillon. Approvisionnement en médicaments du service d'hospitalisation à domicile du CHU de Grenoble : évaluation du double système ville - hôpital. Sciences pharmaceutiques. 2008. dumas-00592142

HAL Id: dumas-00592142

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00592142>

Submitted on 11 May 2011

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

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

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2008

N°

APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS
DU SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE
DU CHU DE GRENOBLE :
ÉVALUATION DU DOUBLE SYSTEME VILLE / HOPITAL

THESE
PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D'ETAT

GUILLON Thérèse
Née le 16 janvier 1984 à Paris XII°

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Le : 6 juin 2008

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : M. le Docteur Benoît ALLENET, maître de conférence universitaire

Membres

M. le Docteur Etienne BRUDIEU, pharmacien hospitalier au CHU de Grenoble

Mme le Docteur Lydie NICOLAS, médecin coordonnateur de l'HAD de Grenoble

M. le Docteur Bernard CHAMPON, pharmacien d'officine à Echirolles

La faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

A mes parents,

A Cédric,

A mes frères et sœurs,

A ma nièce, mon neveu, et mon beau-frère,

A mes grands-parents,

A mes amis,

pour leur affection, leur soutien, et leurs encouragements.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Docteur Benoît Allenet,
Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury,
Et pour tout ce qu'il m'a enseigné au cours de mes études.

A Monsieur le Docteur Etienne Brudieu,
Pour le temps qu'il a passé à m'aider dans la réalisation de ce travail.

A Madame le Docteur Lydie Nicolas,
Pour son accueil au sein du service d'hospitalisation à domicile,
Et pour son aide et les conseils qu'elle m'a donnés pour cette étude.

A Monsieur le Docteur Bernard Champon,
Pour l'intérêt qu'il porte à ce travail en acceptant de le juger.

A tout le personnel du service d'HAD de Grenoble,
En particulier les soignants qui ont répondu à l'enquête,
Et Madame Sylvana Avogadro, régisseur,
Pour son aide et sa participation à l'élaboration de ce travail.

A tous les préparateurs de la pharmacie Vercors,
Pour le temps qu'ils ont consacré pour la réalisation de cette étude.

Qu'ils trouvent ici l'expression de mes sincères remerciements,
Et le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Liste des figures.....	9
Liste des abréviations.....	10
 INTRODUCTION.....	 11
 1 ^{ERE} PARTIE : RAPPELS HISTORIQUES ET BIBLIOGRAPHIQUES.....	 13
1. Définition, types de soins et fonctionnement de l’HAD.....	14
1.1. Définition de l’HAD.....	14
1.2. Types de soins dispensés en HAD.....	15
1.3. Fonctionnement général d’une structure d’HAD.....	16
1.3.1. Le personnel.....	17
1.3.2. Prise en charge des patients en HAD.....	18
2. Fonctionnement du service d’HAD de Grenoble.....	19
2.1. Répartition des équipes.....	19
2.1.1. Les patients.....	19
2.1.2. Le personnel soignant.....	20
2.2. Le dossier patient.....	21
2.3. La pharmacie.....	22
2.3.1. La pharmacie du CHU.....	22
2.3.2. L’officine.....	24
2.3.3. L’armoire d’urgence.....	25
 2 ^{EME} PARTIE : ETUDE DE L’INTERET DU DOUBLE SYSTEME VILLE / HOPITAL.....	 26
1. Matériel et méthode.....	27
1.1. Objectifs de l’étude.....	27
1.2. Sécurité du patient.....	28
1.3. Aspect social et conditions de travail.....	29
1.4. Aspect économique.....	30

2. Résultats.....	32
2.1. Sécurité du patient.....	32
2.2. Aspect économique.....	34
2.2.1. Les ordonnances.....	34
2.2.1.1. Les délivrances.....	34
2.2.1.2. Les spécialités.....	34
2.2.1.3. Coût.....	36
2.2.2. L'armoire d'urgence.....	37
2.2.3. Les retours.....	38
2.3. Aspect social et conditions de travail.....	38
2.3.1. Pour l'équipe soignante.....	38
2.3.2. Pour l'équipe des préparateurs.....	39
3. Discussion.....	40
3.1. Limites et biais.....	40
3.2. Configuration : « tout en ville ».....	42
3.2.1. Sécurité du patient.....	42
3.2.2. Aspect économique.....	42
3.2.3. Aspect social et conditions de travail.....	43
3.2.4. Conclusion sur cette configuration.....	44
3.3. Configuration : « tout à l'hôpital ».....	45
3.3.1. Sécurité du patient.....	45
3.3.2. Aspect économique.....	46
3.3.2.1. Les ordonnances.....	46
3.3.2.2. Les retours.....	47
3.3.2.3. L'armoire d'urgence.....	48
3.3.3. Aspect social et conditions de travail.....	48
3.3.4. Ce qui a déjà été mis en place.....	49
3.3.5. Conclusion sur cette configuration.....	50
CONCLUSION.....	52
BIBLIOGRAPHIE.....	55
ANNEXES.....	58

Liste des figures :

<u>Figure 1</u> : secteurs d'intervention de l'HAD.....	19
<u>Figure 2</u> : répartition des erreurs de délivrance.....	32
<u>Figure 3</u> : répartition des erreurs réglementaires.....	33
<u>Figure 4</u> : disponibilité des médicaments.....	35
<u>Figure 5</u> : types de médicaments pris en ville.....	35
<u>Figure 6</u> : comparaison des différentes situations possibles.....	36

Liste des abréviations

APHP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

HAD : Hospitalisation à Domicile

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

SIAD : Soins Infirmiers à Domicile

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

INTRODUCTION

L'hospitalisation à domicile existe depuis cinquante ans. Elle voit aujourd'hui son développement encouragé par la politique d'économies de santé, qui conduit en particulier à la fermeture de lits d'hospitalisation complète. Elle apparaît comme une alternative moins coûteuse, qui présente en outre l'avantage de respecter le désir fréquent des patients d'être soignés le plus longtemps possible dans un environnement familial. Etant donné son intérêt pour le patient et la modernisation de notre système de santé afin de mieux prendre en compte les aspirations des personnes malades, le développement de l'hospitalisation à domicile devrait se poursuivre et même s'accélérer (11).

Déjà, depuis quelques années, le nombre de structures ainsi que le nombre de places autorisées ne cessent de croître : en juillet 2004 on dénombrait 5 000 places dans 121 structures et en janvier 2005, on disposait de 6 700 places dans 162 structures (12). Le gouvernement souhaite aussi renforcer le développement de ces structures, en affichant clairement l'objectif de 15 000 places d'ici 2010 (2). Une impulsion supplémentaire est donnée par le Plan Cancer qui souhaite « favoriser la chimiothérapie à domicile et plus généralement les soins à domicile » (mesure 41).

En raison d'une législation tardive, datant de 2000, les structures d'hospitalisation à domicile ont mis en place leur propre fonctionnement relatif à l'approvisionnement en médicaments. Au CHU de Grenoble, cette structure se procure les médicaments de deux façons : soit à la pharmacie hospitalière, soit en officine. Des dysfonctionnements nous sont apparus, qui freinent la nécessaire adaptation à des besoins croissants.

Dans la recherche d'une organisation plus efficace pour répondre à la demande, nous souhaitons par notre étude, d'une part préciser ces dysfonctionnements, d'autre part analyser les avantages et les inconvénients que présenterait le choix d'une source unique d'approvisionnement. Nous envisagerons deux hypothèses: « tout hôpital » et « tout en ville » et nous aborderons pour chacune la sécurité du patient, le coût respectif, et la qualité des conditions de travail du personnel impliqué.

Après avoir évoqué brièvement l'histoire de l'hospitalisation à domicile, nous rappellerons son fonctionnement. Nous préciserons l'organisation du service d'hospitalisation à domicile de Grenoble. Puis nous expliquerons la méthodologie de notre étude avant d'en exposer les résultats. A partir de ces résultats, nous conclurons sur l'hypothèse qui paraît la plus adaptée pour répondre à la demande.

PREMIERE PARTIE :
RAPPELS HISTORIQUES ET
BIBLIOGRAPHIQUES

1. Définition, types de soins, et fonctionnement de l'HAD

1.1. Définition de l'HAD

C'est en 1957 qu'est fondée la première structure française d'hospitalisation à domicile (HAD) par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP). En 1960 est signée la première convention avec la Caisse Régionale de Sécurité Sociale de Paris (10). Et c'est à Grenoble qu'est créée en 1969 la première structure d'HAD de province.

Mais pour que l'HAD soit reconnue officiellement, il faudra attendre la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, dont l'article 4 définit l'HAD : « les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant. » (6)

L'HAD, dont le but est d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée, propose une prise en charge globale du malade pour une meilleure qualité de vie. Alternative à l'hospitalisation traditionnelle, elle ajoute à la sécurité des soins le confort psychologique et physique du domicile (10). Les structures d'HAD sont de fait des établissements d'hospitalisation sans hébergement (2) ; elles coordonnent les interventions à domicile de divers professionnels, relevant de spécialités différentes, afin d'intégrer les trois aspects du projet thérapeutique : aspect clinique, aspect social, et aspect psychologique (10). L'HAD est donc le point de rencontre exact entre la médecine hospitalière et la médecine de ville.

Il est important de rappeler qu'une hospitalisation à domicile est avant tout une hospitalisation. En l'absence d'un tel service, les patients pris en charge en HAD seraient hospitalisés en établissement de santé avec hébergement (2). Les structures d'HAD prennent en charge des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, qui nécessitent des soins complexes et d'une technicité spécifique obligatoirement formalisés dans un protocole de soins (2). Elles permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés (4).

En effet, les malades pris en charge par l'HAD nécessitent une évaluation médicale au moins hebdomadaire, et, soit des soins quasi-quotidiens de la compétence exclusive de l'infirmier, soit des soins infirmiers moins fréquents, mais avec des interventions de kinésithérapie quasi-quotidiennes (9). Il peut s'agir de soins de réhabilitation, jusqu'à ce que l'état du patient soit suffisamment amélioré pour qu'il soit pris en charge par les médecins de ville ou par des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), ou de soins d'accompagnement, jusqu'au terme de sa vie (2). En revanche, ne sont pas admis en HAD les malades :

- qui relèvent uniquement de soins à l'acte, non coordonnés,
- qui relèvent de soins infirmiers à domicile (SIAD),
- dont l'état justifie le maintien au sein d'une structure de soins traditionnelle, en raison de la permanence et de la haute technicité des soins dont ils relèvent,
- qui relèvent uniquement de nutrition entérale ou parentérale, ou de moyens de suppléance à une insuffisance respiratoire ou une insuffisance rénale (1) .

1.2. Types de soins dispensés en HAD

Le complément à la circulaire du 30 mai 2000 relative à l'HAD définit 17 modes de prise en charge des patients en HAD, caractérisés par des exigences de coordination médicale, de soins infirmiers et autres soins paramédicaux (3) :

- assistance respiratoire
- chimiothérapie
- douleur
- éducation du patient et de son entourage
- immunothérapie
- nutrition entérale
- nutrition parentérale
- pansements complexes (escarres, ulcères, brûlures, ...)
- prise en charge psychologique et / ou sociale
- radiothérapie
- rééducation orthopédique
- rééducation neurologique
- soins palliatifs
- surveillance post-chimiothérapique
- surveillance d'aplasie

- traitement anti-infectieux ou autre par voie veineuse
- transfusion sanguine

En fonction du mode de prise en charge que nécessite le patient, l'équipe d'HAD va déterminer le type de soins dont il relève et élaborer un projet thérapeutique.

Il existe trois catégories de soins en HAD : les soins ponctuels, les soins continus, et les soins de réadaptation à domicile (1) :

- **les soins ponctuels** sont définis comme des soins techniques et complexes, chez des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une durée préalablement déterminée. Ils peuvent être renouvelés à des fréquences variables. C'est le cas des chimiothérapies anticancéreuses administrées à domicile (9).
- **les soins continus** associent, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie, pouvant aller jusqu'à la phase ultime. Ils concernent des patients ayant une pathologie évolutive. C'est le cas des pansements d'escarres.
- **la réadaptation à domicile** est destinée à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique, ou d'une polypathologie. C'est le cas des suites d'accident vasculaire cérébral (AVC), des insuffisances cardiaques, ...

1.3. Fonctionnement général d'une structure d'HAD

Sur le plan historique, le décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 expose la composition qualitative et quantitative des équipes d'HAD. Puis, la circulaire du 30 mai 2000 établit les conditions de fonctionnement des structures : formalités d'admission, de suivi, de sortie des patients en HAD, rôles des médecins intervenant auprès du malade, ...

1.3.1. Le personnel d'HAD

La prise en charge globale du malade implique la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire, faisant appel à des professionnels de qualifications variées : infirmiers, aides-soignants, puéricultrices, sages-femmes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, ... (15). Le fonctionnement médical de la structure est assuré par un médecin coordonnateur.

Toute structure d'HAD doit disposer en permanence d'au moins un agent pour six patients pris en charge. Cet agent est selon le cas un auxiliaire médical ou un agent relevant du personnel de rééducation. Le personnel autre que les médecins exerçant dans la structure doit être constitué au moins pour moitié, d'infirmiers diplômés d'état (IDE). Quelle que soit la capacité autorisée de la structure, un cadre infirmier assure la coordination des interventions des personnels non médicaux. En outre, la structure devra comporter au moins un cadre infirmier par palier de trente places autorisées (5).

La plupart du temps, trois médecins encadrent le patient (9) :

- **le médecin hospitalier.** Il transmet les informations médicales du patient au service d'HAD et au médecin traitant, et il élabore le projet thérapeutique avec l'équipe d'HAD. C'est lui qui suit le patient au niveau hospitalier. Enfin, il est spécialiste des traitements complexes liés à certaines pathologies (cancérologie, neurologie...).
- **le médecin coordonnateur.** C'est le référent médical de la structure. Il assure le lien entre les médecins hospitaliers et libéraux. Il est responsable de la commission d'admission en HAD. Il ne prescrit pas, sauf en cas d'urgence. Il assure l'évaluation médicale d'admission en HAD et le suivi du patient, avec les médecins hospitalier et traitant ainsi que les équipes de soins.
- **le médecin traitant.** Il est responsable au quotidien du suivi du malade à domicile et adapte les prescriptions en fonction de l'évolution de l'état de santé de son patient. Son avis est toujours sollicité avant l'admission du patient en HAD.

1.3.2. Prise en charge des patients en HAD

La prescription de l'HAD peut être faite par le médecin traitant ou par un médecin hospitalier (1). Dans tous les cas, l'HAD doit rester un libre choix pour la personne malade et sa famille (8).

Avant l'admission en HAD, le cadre infirmier, le médecin coordonnateur ou l'infirmière coordinatrice rencontre le malade dans le service d'origine pour évaluer ses besoins en soins. De son côté, l'équipe sociale se rend au domicile où le patient sera pris en charge et rencontre son entourage, afin d'évaluer les possibilités et les limites de la mise en place de l'HAD et garantir les conditions les plus adaptées au retour à domicile (7). Ainsi, chacun des intervenants évalue à son niveau la faisabilité de la prise en charge.

A partir de l'ensemble des besoins du patient (cliniques, psychologiques et sociaux), un projet thérapeutique est élaboré par le médecin coordonnateur, en accord avec l'équipe soignante et le médecin prescripteur d'HAD (1). Au vu de ces éléments, le médecin coordonnateur peut alors donner son accord à l'admission du patient.

Le projet thérapeutique est remis à jour pendant toute la durée de l'hospitalisation à domicile. En effet, l'équipe du service d'HAD, en lien avec le médecin traitant, évalue régulièrement la situation du patient et de son environnement familial, afin de mettre en place si besoin un accompagnement psychologique (1).

Lorsque le patient sort d'HAD, le projet thérapeutique est actualisé si nécessaire par le médecin traitant en concertation avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante. L'équipe d'HAD s'assure que les relais nécessaires sont bien mis en place, et l'équipe sociale aide les familles dans les démarches socio-administratives (1) .

2. Fonctionnement du service d'HAD de Grenoble

2.1. Répartition des équipes

2.1.1. Les patients

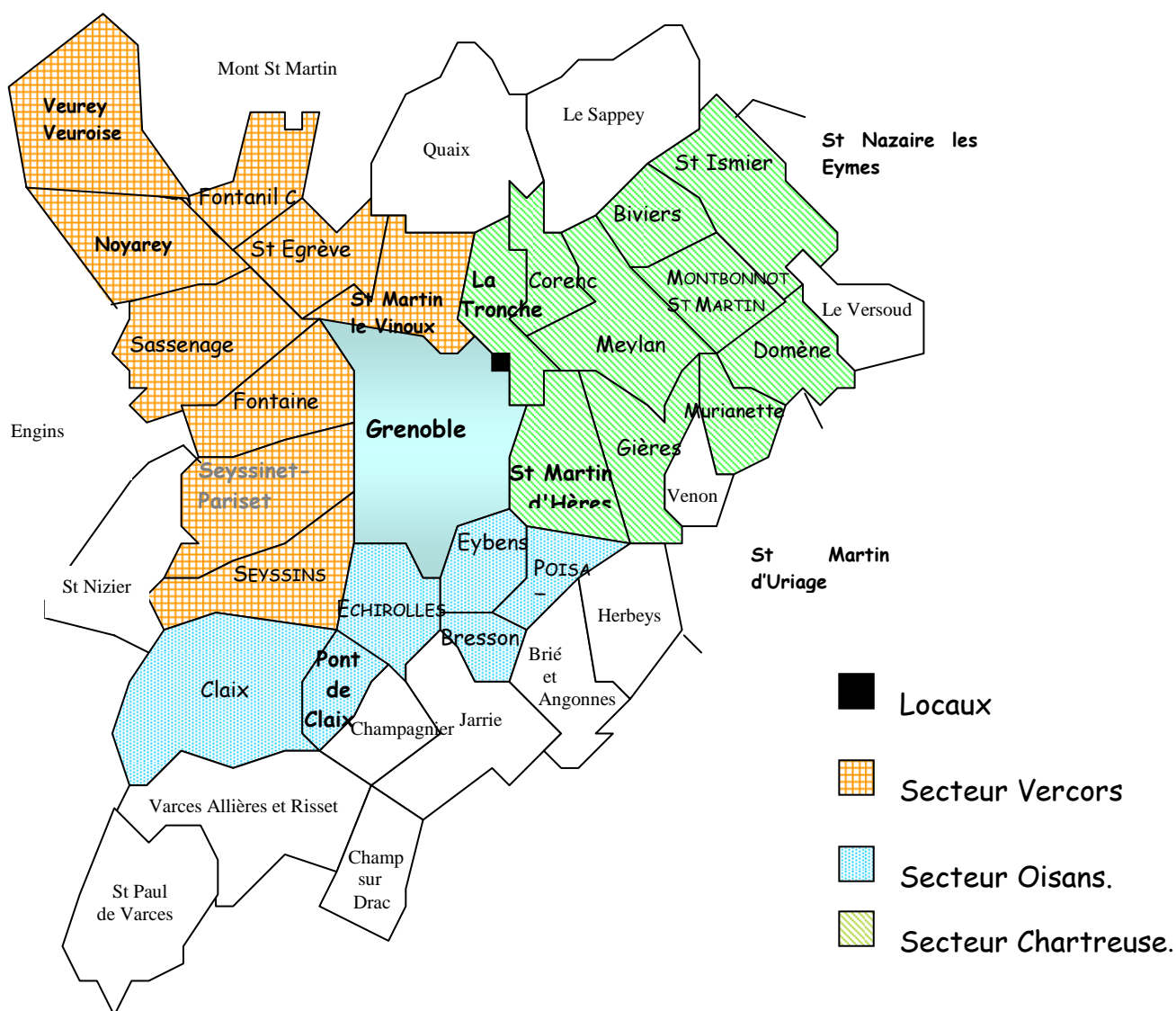


Figure 1 : secteurs d'intervention de l'Hospitalisation à Domicile

Dans le cadre de l'HAD, les patients adultes sont suivis par l'une des trois équipes, selon le secteur géographique de leur domicile :

- **le secteur 'Vercors'** regroupe les communes de : Fontaine, Le Fontanil, Noyarey, St Egrève, St Martin le Vinoux, Sassenage, Seyssinet, Seyssins, et Veurey.
- **le secteur 'Chartreuse'** regroupe les communes de : Biviers, Corenc, Domène, Gières, Meylan, Montbonnot, Murianette, St Ismier, St Martin d'Hères, et La Tronche.
- **le secteur 'Oisans'** regroupe les communes de : Bresson, Claix, Echirolles, Eybens, Poisat, et Le Pont de Claix.

Les patients habitant la commune de Grenoble sont rattachés à l'équipe dont le secteur est le plus proche. Cette organisation géographique permet d'optimiser les temps de transport des soignants.

Par ailleurs, une équipe spécialisée s'occupe du secteur 'pédiatrie' et du secteur 'maternité', qui prend en charge les grossesses pathologiques. Cette équipe s'organise indépendamment des équipes ci-dessus, mais elles ont en commun le mode d'approvisionnement en médicaments. Son activité sera donc retenue dans notre étude.

2.1.2. Le personnel soignant

L'équipe de l'HAD est composée de 50 personnes, soit 44,5 équivalent temps plein, dont (8) :

- un chef de clinique
- un médecin coordonnateur
- 2 cadres infirmières
- une infirmière coordinatrice
- 3 assistantes sociales
- 4 secrétaires
- un régisseur
- un médecin attaché
- un interne
- 2 kinésithérapeutes
- 6 à 7 infirmiers par secteur
- 3 ou 4 aides-soignants par secteur

- 4 sages-femmes pour le secteur maternité
- 4 puéricultrices pour le secteur pédiatrie

Chaque équipe établit son planning prévisionnel le jeudi pour la semaine suivante. Ce planning est ensuite réajusté le vendredi par un infirmier, un aide-soignant, et le cadre infirmier, afin d'équilibrer les charges de travail entre les différents secteurs (8). Le planning de chaque équipe est affiché au secrétariat.

Les structures d'HAD sont tenues d'assurer la permanence et la continuité des soins et fonctionnent 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour répondre à l'ensemble des besoins en soins des patients pris en charge (2). Pour cela, chaque équipe est dotée de téléphones portables, permettant de joindre à tout moment un infirmier et un aide-soignant. Après 22 heures, les appels d'urgence sont relayés par le SAMU : le patient appelle le SAMU et signale son admission dans le réseau d'HAD. Le médecin régulateur, en cas d'urgence en termes de soins infirmiers, appelle l'infirmier de garde du secteur correspondant sur le téléphone portable de l'équipe. C'est l'infirmier qui se rend au domicile du patient pour assurer les soins. Les problèmes médicaux sont gérés par le médecin de garde en lien avec le SAMU ou l'astreinte médicale de la clinique HAD, selon l'urgence et la gravité.

D'autres professionnels peuvent intervenir auprès du patient, à la demande de l'équipe soignante, de la famille, ou du malade lui-même, par exemple : psychologue, ergothérapeute, orthophoniste, pédicure, aide à domicile, auxiliaire de vie, aide familiale, ...

2.2. Le dossier patient

Pour chaque patient admis dans le service est créé un dossier composé de quatre parties (8) :

- **le dossier du domicile.** Il est tenu à jour à chaque passage de soignant. Il sert de cahier de transmission entre le médecin traitant et les autres professionnels intervenant au domicile. Il comporte les feuilles de températures, les comptes-rendus d'analyses biologiques, le diagramme d'activité, les volets de facturation HAD, transmissions des soignants, ...

- **le dossier HAD.** Il est géré par les secrétaires, et comporte la synthèse d'admission du patient, les documents administratifs, les doubles des ordonnances, les courriers de suivi du patient, ...
- **le dossier médical.** C'est le dossier des médecins coordinateurs de l'HAD qui comprend la feuille de synthèse d'admission du patient, les courriers, les éléments du suivi et les comptes-rendus de staffs, ...
- **le dossier de soins.** Il est à la charge de l'équipe soignante du secteur. Il est conservé dans le bureau de l'équipe concernée. Il comporte l'original des ordonnances en cours, la fiche de programmation des soins, la synthèse d'admission du patient, ...

Ces quatre parties seront archivées ensemble à la fin de la prise en charge en HAD.

2.3. La pharmacie

L'approvisionnement en médicaments des structures d'HAD est régi par le décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux PUI. Ce décret a été publié au Journal Officiel du 30 décembre 2000 en application d'une loi du 8 décembre 1992 (17). Toute ordonnance, sauf urgences et stupéfiants, est portée à la pharmacie à usage intérieur (PUI) du CHU. Un schéma (annexe 1) récapitule la situation actuelle de délivrance des ordonnances selon le type de spécialité.

2.3.1. La pharmacie du CHU

Pour des raisons économiques, la majeure partie des médicaments est délivrée par la pharmacie du CHU. En effet, les hôpitaux français signent des accords avec divers laboratoires pharmaceutiques, pour qu'ils leur fournissent des médicaments à prix préférentiels. L'ensemble des médicaments disponibles à l'hôpital, c'est-à-dire ceux dont le prix a été négocié, constitue ce qu'on appelle « le livret de l'hôpital ». La pharmacie de l'hôpital ne peut délivrer que des médicaments inscrits à ce livret.

L'une des particularités de l'HAD par rapport aux autres services, réside dans le fait que la plupart des prescriptions proviennent du médecin traitant du patient. Au retour des tournées à domicile, chaque soignant rapporte les ordonnances au service d'HAD, où il les classe dans deux pochettes : soit avec les renouvellements non urgents, soit avec les nouvelles prescriptions dites urgentes. En début d'après-midi, lorsque tous les soignants sont revenus de leur tournée, un aide-soignant apporte ces deux pochettes à la PUI. Les préparateurs délivrent alors en priorité les ordonnances urgentes. L'aide-soignant revient chercher les médicaments une petite heure après. Les ordonnances non urgentes sont traitées le lendemain matin, pour être livrées au service dans l'après-midi.

Le préparateur délivre les médicaments qui sont inscrits au livret. A côté de chaque ligne, il inscrit sur l'ordonnance la quantité délivrée et la date de délivrance, ainsi que ses initiales. Cette étape est essentielle pour garder une trace de ce qui a été délivré, quand et par qui. Mais après quelques renouvellements apparaît un problème de lisibilité de l'ordonnance, qui peut parfois être source d'erreur ou de perte de temps.

Lorsque les médicaments ne sont pas inscrits au livret de l'hôpital ou s'ils sont en rupture de stock, le préparateur appose un tampon 'non disponible, à prendre en ville' à côté de la ligne correspondante. L'aide-soignant doit alors porter l'ordonnance dans une officine afin de se procurer le reste des médicaments prescrits. Par mesure de sécurité, il a été établi qu'aucun médicament prescrit ne peut être substitué à l'hôpital, même si le générique ou un équivalent est inscrit au livret. Ceci pour éviter que le médicament ne soit délivré deux fois, lorsque l'ordonnance est également prise en ville.

Le malade n'est pas toujours stabilisé sur le plan thérapeutique, c'est pourquoi le médecin traitant réévalue régulièrement son état de santé, et peut être fréquemment amené à modifier les prescriptions. Afin d'éviter le gaspillage, les préparateurs délivrent les ordonnances pour dix jours, lorsque le conditionnement le permet. Si le médecin ne modifie pas le traitement, l'ordonnance peut être renouvelée tous les dix jours, en la plaçant avec les ordonnances à renouveler. A cause de ces renouvellements très fréquents et difficiles à organiser dans la pratique, les soignants du service ont plusieurs fois manqué de médicament au domicile du patient. Les demandes de renouvellement deviennent alors des urgences au niveau de la pharmacie.

2.3.2. L'officine

Après que l'ordonnance est passée par la pharmacie de l'hôpital, l'aide-soignant s'assure que tout a été délivré. Si ce n'est pas le cas, il doit présenter l'ordonnance dans une officine. Les médicaments délivrés en ville sont donc :

- **les stupéfiants.** Afin d'éviter que les soignants transportent des stupéfiants, il a été établi que la famille du patient se les procure dans l'officine de son choix. La durée de délivrance par l'officinal est de sept, quatorze, ou vingt-huit jours, selon les règles de dispensation des stupéfiants.
- **les urgences.** Lorsque le traitement est à commencer sans tarder, le soignant ou la famille va chercher une boîte de chaque ligne urgente en dépannage à la pharmacie habituelle. Dans la pratique, c'est souvent l'ordonnance complète qui est délivrée.
- **les médicaments qui n'ont pas été délivrés par la pharmacie de l'hôpital.** C'est l'aide-soignant qui apporte l'ordonnance à compléter à la pharmacie, la plus proche de l'hôpital ou la pharmacie habituelle du patient. Le pharmacien d'officine complète ce qui n'a pas été délivré, c'est-à-dire les lignes où est apposé le tampon de la PUI 'non disponible, à prendre en ville'.

Lors de la prise en charge d'un patient en HAD, le service contacte son pharmacien habituel pour l'informer du fonctionnement du service. Le pharmacien s'engage à ne pas effectuer de tiers payant avec la carte vitale du malade et à éditer une feuille de soins, qu'il adressera ensuite au service d'HAD pour la prise en charge des médicaments. Le régisseur du service reçoit les factures envoyées par les officines, contrôle leur validité et les transmet à la trésorerie. Les médicaments non vignetés ainsi que les produits dits de confort ne sont pas remboursés par le service et restent à la charge du malade.

2.3.3. L'armoire d'urgence

Une armoire a été installée dans les locaux du service, afin que l'équipe soignante puisse se servir en cas d'urgence, à l'origine surtout pendant les gardes. Elle contient un panel de spécialités présentes au livret de l'hôpital, notamment des médicaments d'usage courant comme les antalgiques, de nombreux antibiotiques pour commencer rapidement les traitements, des anti-émétiques, des anti-diarrhéiques, des laxatifs, ... Il y a au total une armoire pour le secteur pédiatrie et maternité, une armoire d'injectables, sirops, sachets et anti-infectieux, une armoire de comprimés, et un réfrigérateur. Des produits destinés à l'usage externe sont également stockés.

L'externe en pharmacie est responsable de la gestion de tous les produits dits « divisibles », c'est à dire toutes les formes galéniques sauf les « usages externes ». Pour cela, il se réfère à la dotation. La dotation est déterminée de manière collective par les médecins, les pharmaciens et le personnel infirmier sous la forme d'une liste qualitative et quantitative de médicaments permettant de faire face aux besoins urgents dans l'unité concernée (16). Deux fois par semaine, il comptabilise ce qui a été utilisé et passe une commande par fax à la pharmacie Vercors. Les produits sont livrés en général le lendemain après-midi. L'externe les répartit alors selon le rangement habituel, après avoir mis à jour les fiches de stock affichées sur les armoires. De plus, il effectue un inventaire complet une fois par mois.

DEUXIEME PARTIE :
ETUDE DU DOUBLE SYSTEME
VILLE / HÔPITAL

1. Matériel et méthodes

1.1. Objectifs de l'étude

Nous avons vu que la gestion des médicaments du service d'HAD repose sur un équilibre fragile entre un approvisionnement en ville et un approvisionnement hospitalier. Nous souhaitons donc étudier les différentes modifications que l'on pourrait mettre en place afin de faciliter l'organisation du service. Les situations envisageables sont :

- **un approvisionnement essentiellement hospitalier**, avec obligation de prendre un maximum de médicaments à la pharmacie de l'hôpital,
- **un approvisionnement essentiellement officinal**, avec obligation de prendre un maximum de médicaments en ville.

Nous devons donc envisager les trois aspects de la délivrance : la sécurité du patient, le coût des médicaments prescrits, et les conditions de travail des équipes concernées.

La priorité est bien sûr la sécurité du patient. En effet, c'est de médicaments qu'il s'agit, et nous ne pouvons négliger cet aspect de la délivrance. La modification de l'organisation du service au niveau de la pharmacie ne doit pas altérer la qualité actuelle de dispensation ; le risque d'erreur ne doit pas augmenter avec la nouvelle configuration. Nous mesurerons donc le risque actuel, puis nous évaluerons si ce risque varie selon la configuration envisagée.

Un deuxième point concerne l'aspect économique. En effet, il sera difficile de faire accepter une nouvelle mesure si elle ne présente pas un intérêt économique pour le service. Dans la configuration retenue, le médicament devra être disponible et à un meilleur prix. Il nous faudra donc en premier lieu étudier la disponibilité à l'officine et à l'hôpital des spécialités prescrites. Une autre partie du travail consistera à estimer le volume de médicaments nécessaire au fonctionnement du service. Son coût sera ensuite apprécié dans les diverses situations.

Enfin, nous évaluerons les conditions de travail des équipes soignantes et de l'équipe des préparateurs. Une organisation trop complexe ne sera pas acceptée par les équipes concernées et ne pourra pas être mise en place si elle altère leurs conditions de travail. Il faudra s'orienter

vers une simplification du système actuel. Nous consulterons donc les personnes impliquées afin de connaître leur opinion sur l'organisation la plus adaptée.

1.2. Sécurité du patient

Nous avons vu que le service d'HAD peut s'approvisionner en médicaments de trois façons :

- soit par délivrance d'une ordonnance pour un patient par la pharmacie de l'hôpital
- soit par délivrance d'une ordonnance pour un patient par une pharmacie de ville (urgences, stupéfiants, ...)
- soit par commande directe de l'externe à la pharmacie de l'hôpital pour l'armoire d'urgence.

Pour recueillir toutes les informations relatives aux prescriptions, nous avons accédé à toutes les délivrances concernant les patients du service, pendant une durée de neuf semaines, qu'elles aient été effectuées par la pharmacie Vercors ou par une officine. Pour les ordonnances délivrées à l'hôpital, nous avons demandé aux préparateurs de nous faire une copie de toutes les ordonnances qu'ils délivraient pour des patients d'HAD. Pour les ordonnances délivrées en ville, nous avons demandé directement auprès de la Trésorerie les factures des officinaux accompagnées des duplicata.

Nous avons contrôlé la validité des délivrances sur toutes les prescriptions recueillies. Pour cela, nous avons classé les erreurs en trois catégories :

- les **erreurs quantitatives**. Nous avons relevé les quantités délivrées supérieures à la durée de prescription, à l'officine comme à l'hôpital. De plus, pour les délivrances hospitalières uniquement, nous avons relevé les quantités délivrées pour une durée supérieure à dix jours. En effet, la réglementation en place au moment de l'étude limitait cette délivrance à dix jours de traitement, afin d'éviter les gaspillages.
- les **erreurs qualitatives**. Elles correspondent essentiellement aux erreurs de dosage.

- les **erreurs réglementaires**. Elles incluent :
 - les renouvellements trop rapprochés (moins d'une semaine à l'hôpital et moins de 21 jours en ville),
 - les avances sur ordonnance qui n'ont pas été régularisées,
 - les chevauchements d'ordonnance de stupéfiants,
 - les doubles délivrances (à l'hôpital et en ville),
 - le non-respect de la réglementation particulière de certains médicaments,
 - les substitutions ne devant pas avoir lieu en raison de la réglementation spécifique à l'HAD les interdisant,
 - les renouvellements d'ordonnances périmées.

1.3. Aspect économique

L'analyse économique opérée est développée selon la perspective de l'assurance maladie. Nous développons une comparaison de coûts directs médicamenteux. Les tarifs de référence sont les suivants : tarif de marché en vigueur pour l'officine ville / prix unitaires négociés pour l'hôpital. Les postes de dépense sont évalués à partir des ordonnances fournies par la pharmacie de l'hôpital et par les officinaux. Nous avons relevé les données suivantes, rassemblées dans un tableau (annexe 2):

- durée de la prescription,
- nombre de renouvellement(s),
- médicament prescrit,
- délivrance officinale ou hospitalière,
- nombre d'unité(s) délivrée(s),
- possibilité de substitution.

Il faut préciser ici que pour notre étude, nous n'avons pas comptabilisé les délivrances de produits cytotoxiques utilisés en chimiothérapie.

D'autre part, pour estimer le volume des médicaments de l'armoire d'urgence utilisés pendant l'étude, nous avons également reporté dans un tableau les commandes directes pour le service, sur la même période de neuf semaines, avec :

- spécialité commandée,
- nombre d'unités commandées,

- coût à l'hôpital,
- coût en ville.

Enfin, nous avons évalué la quantité de médicaments qui ont été retournés à la pharmacie Vercors, en inscrivant à chaque fois :

- la spécialité,
- le nombre d'unités,
- le coût à l'hôpital,
- le coût en ville.

Il s'agit uniquement des retours, c'est-à-dire les médicaments non utilisés qui sont remis au service d'HAD par les familles des patients à la suite d'un changement de traitement ou d'un décès.

1.4. Aspect social et conditions de travail

Pour évaluer les conditions de travail des équipes concernées, nous avons élaboré un questionnaire (annexe 3) destiné aux équipes soignantes du service d'HAD et à l'équipe des préparateurs de la pharmacie Vercors. Les questions portaient sur :

- le fonctionnement actuel, et notamment le double système d'approvisionnement ville/hôpital,
- les changements que l'on pourrait mettre en place afin d'éviter les dysfonctionnements,
- le rôle éventuel d'un préparateur qui serait présent dans le service.

Un courriel a été envoyé à l'ensemble de l'équipe soignante du service d'HAD afin de prévoir un échange de vive voix autour de ce questionnaire dans les bureaux respectifs des trois équipes soignantes. Certaines personnes ont demandé expressément à répondre à nos questions. D'autres se trouvant sur les lieux au moment des entretiens ont également été interrogées. On pourra donc considérer que notre échantillon est représentatif du personnel soignant.

De la même manière, nous avons contacté les préparateurs par courriel afin de les questionner. Nous avons reçu une réponse positive de la part d'une préparatrice particulièrement impliquée dans la gestion de l'HAD. Les autres préparatrices interrogées ont

été choisies car elles étaient régulièrement concernées par les délivrances de prescriptions pour le service d'HAD. Là aussi, les entrevues se sont déroulées au bureau personnel de chaque préparatrice.

Pour les soignants comme pour les préparateurs , les réponses ont été intégralement notées avant d'être recopiées sur ordinateur.

2. Résultats

2.1. Sécurité du patient

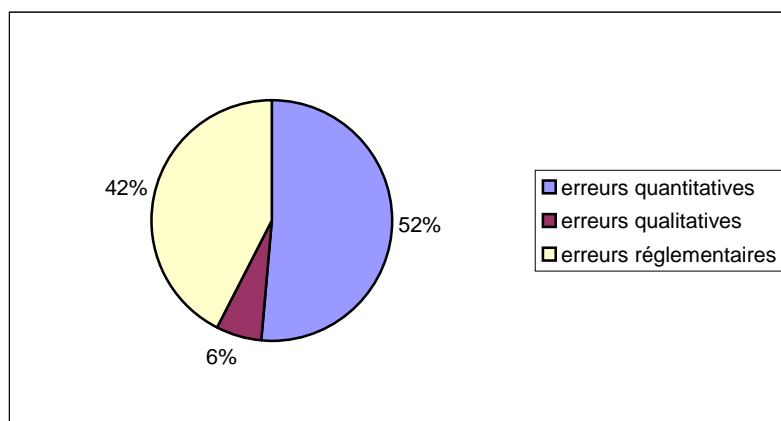


Figure 2 : répartition des erreurs de délivrance

Nous avons classé les erreurs en trois catégories : les erreurs quantitatives, les erreurs qualitatives, et les erreurs réglementaires. Tout au long des neuf semaines de l'étude, nous avons relevé 33 erreurs sur un total de 877 lignes délivrées, soit 3,7% d'erreurs. Sur la totalité des erreurs, la majorité (17 erreurs soit 52%) correspondait à des erreurs quantitatives. Ensuite, on trouve 14 erreurs liées à la réglementation (42%). Les erreurs qualitatives sont moins fréquentes, avec 2 erreurs trouvées pendant les neuf semaines, soit 6% du total des erreurs.

En délivrance hospitalière, nous avons dénombré 30 erreurs pour 841 lignes délivrées, dont : 16 erreurs quantitatives (soit 53%), 2 erreurs qualitatives (soit 0,6%) et 12 erreurs réglementaires (soit 40%). Parmi les erreurs qualitatives, nous avons relevé une erreur grave, concernant le dosage d'un médicament à marge thérapeutique étroite (anticoagulant), avec pour conséquence une augmentation importante du risque hémorragique chez le patient concerné, qui s'est traduite au niveau biologique. Cette erreur a fait l'objet d'une déclaration d'événement au Comité de suivi et de gestion des erreurs médicamenteuses (annexe 4). L'autre erreur était moins grave, puisqu'elle n'a pas eu de conséquence remarquable. Elle concernait un protecteur gastrique ; aucun effet n'a été observé chez le patient.

En délivrance officinale, nous avons dénombré trois erreurs pour 36 lignes délivrées. Elles concernaient : un chevauchement d'ordonnance de stupéfiant, un renouvellement précoce, et une erreur de quantité, soit deux erreurs réglementaires et une erreur quantitative.

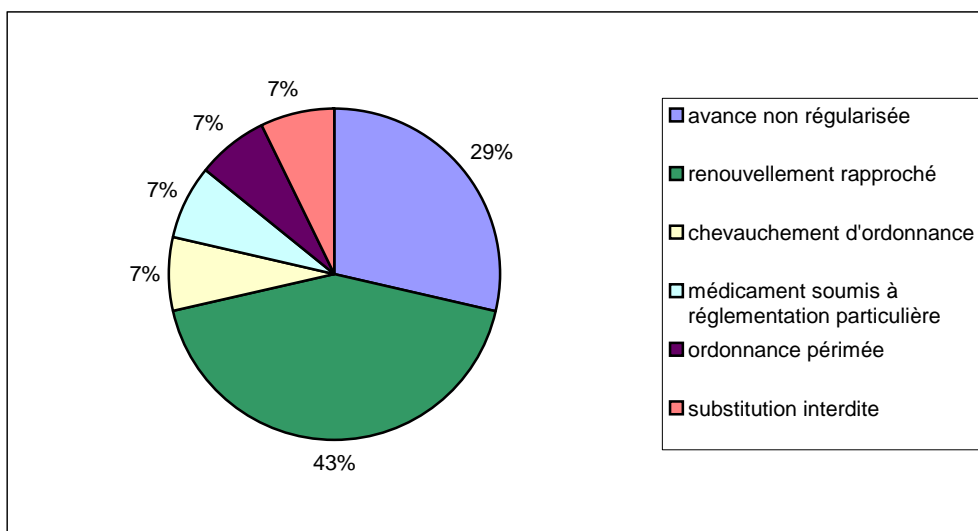


Figure 3 : répartition de la totalité des erreurs réglementaires

Il est à noter que la plupart des erreurs réglementaires sont liées à des renouvellements précoces par rapport à la délivrance précédente (6 erreurs sur 14, soit 43%). De même, les avances non régularisées représentent 4 cas sur 14, soit 29% des cas. Les autres erreurs restent exceptionnelles. Il s'agit des cas de renouvellements d'ordonnances périmées, de chevauchement d'ordonnances de stupéfiant, de substitution interdite par la réglementation spécifique à l'HAD au moment de l'étude, et de non respect des réglementations particulières liées à certains médicaments.

2.2. Aspect économique

2.2.1 Les prescriptions

2.2.1.1. Les délivrances

Sur une durée de neuf semaines, nous avons recueilli 277 prescriptions destinées aux 77 patients du service. Cela correspond à une moyenne de 1,8 ordonnance par patient par mois. Sur ces prescriptions, 841 lignes ont été délivrées par la pharmacie de l'hôpital. Et 36 lignes ont été délivrées en ville, soit en première délivrance, soit en complément d'une délivrance hospitalière. Il y a donc pour les prescriptions du service 96% de délivrance hospitalière et 4% de délivrance officinale.

En moyenne, les prescriptions sont établies pour 46 jours et comportent 3,2 lignes. Sur le plan quantitatif, le nombre moyen d'unités délivrées par ligne est de 17 à l'hôpital et de 34,2 en ville. Les ordonnances sont renouvelées en moyenne 0,64 fois à l'hôpital et 0,1 fois à l'officine.

2.2.1.2. Les spécialités

Sur le plan qualitatif, 342 spécialités ont été référencées au cours de l'étude. Au niveau de la disponibilité de ces spécialités :

- 325, soit plus de 95%, sont inscrites au livret de l'hôpital. A noter que parmi elles, 19 sont des médicaments de la réserve hospitalière, soit 5,5% des spécialités prescrites qui ne peuvent être délivrées que par la pharmacie de l'hôpital.
- 8 spécialités (2,3%) ne sont pas disponibles à l'hôpital et n'ont aucun équivalent inscrit au livret. Elles ne peuvent donc être délivrées qu'en ville.
- 9 spécialités (2,6%) non disponibles à l'hôpital ont un équivalent ou un générique inscrit au livret. Elles sont donc actuellement délivrées en officine, mais pourraient être substituées à l'hôpital en l'absence de consigne d'interdiction.

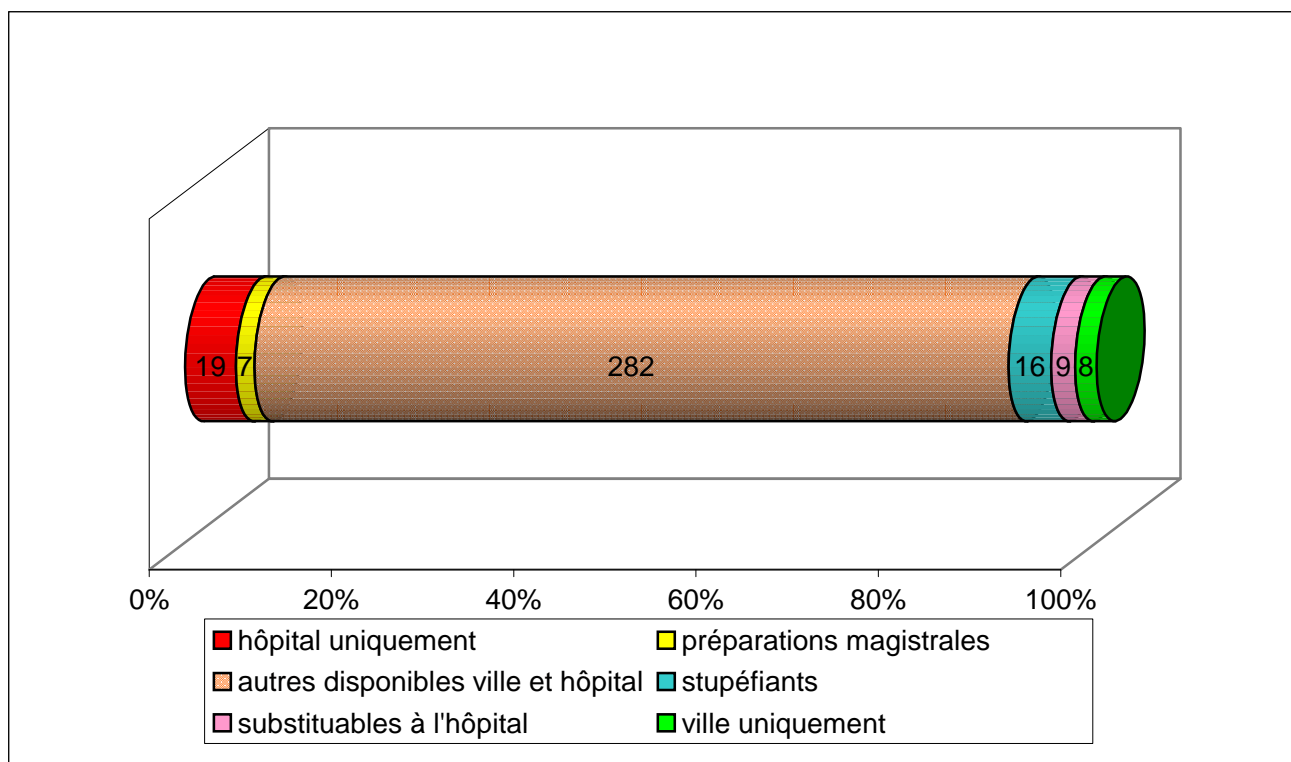


Figure 4 : disponibilité des médicaments

Actuellement, sur les 342 spécialités référencées, 315 sont disponibles à la fois en ville et à l'hôpital, soit plus de 92%. Elles se répartissent en :

- 2,2% de préparations magistrales (7 spécialités),
- 5,1% de stupéfiants (16 spécialités),
- 2,9% de médicaments potentiellement substituables à l'hôpital (9 spécialités),
- 89,8% de médicaments autres (283 spécialités).

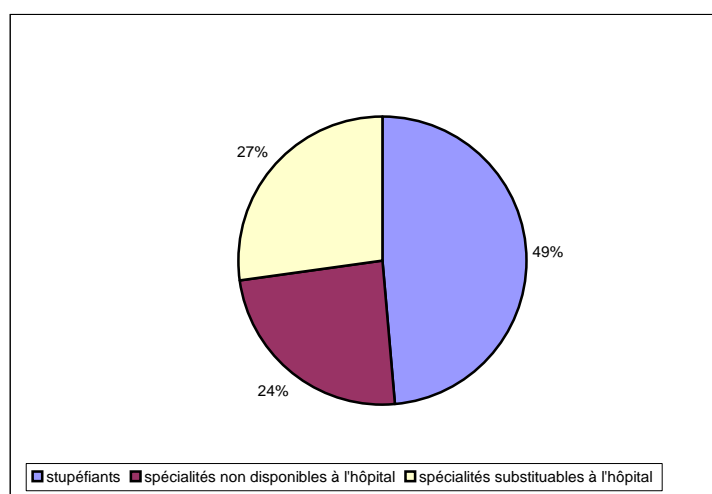


Figure 5 : types de médicaments pris en ville

Parmi les médicaments délivrés en ville pendant la période de l'étude (33 spécialités), une minorité seulement ne pourrait pas être délivrée par la pharmacie Vercors, puisque 24%, soit 8 spécialités, ne sont pas disponibles à l'hôpital. Cela signifie que 76% des médicaments actuellement dispensés en ville pourraient être délivrés par la pharmacie de l'hôpital. En effet, 16 spécialités délivrées en ville sur 33 sont des stupéfiants inscrits au livret de l'hôpital, et 9 pourraient être substitués à la pharmacie de l'hôpital par un générique ou un équivalent inscrit au livret.

Dans l'hypothèse où le maximum de médicaments serait fourni par l'hôpital, il subsisterait donc 2,3% des médicaments à se procurer en ville. Dans l'hypothèse inverse, c'est 5,5% de médicaments de la réserve hospitalière que seul l'hôpital pourrait fournir.

2.2.1.3. Coût

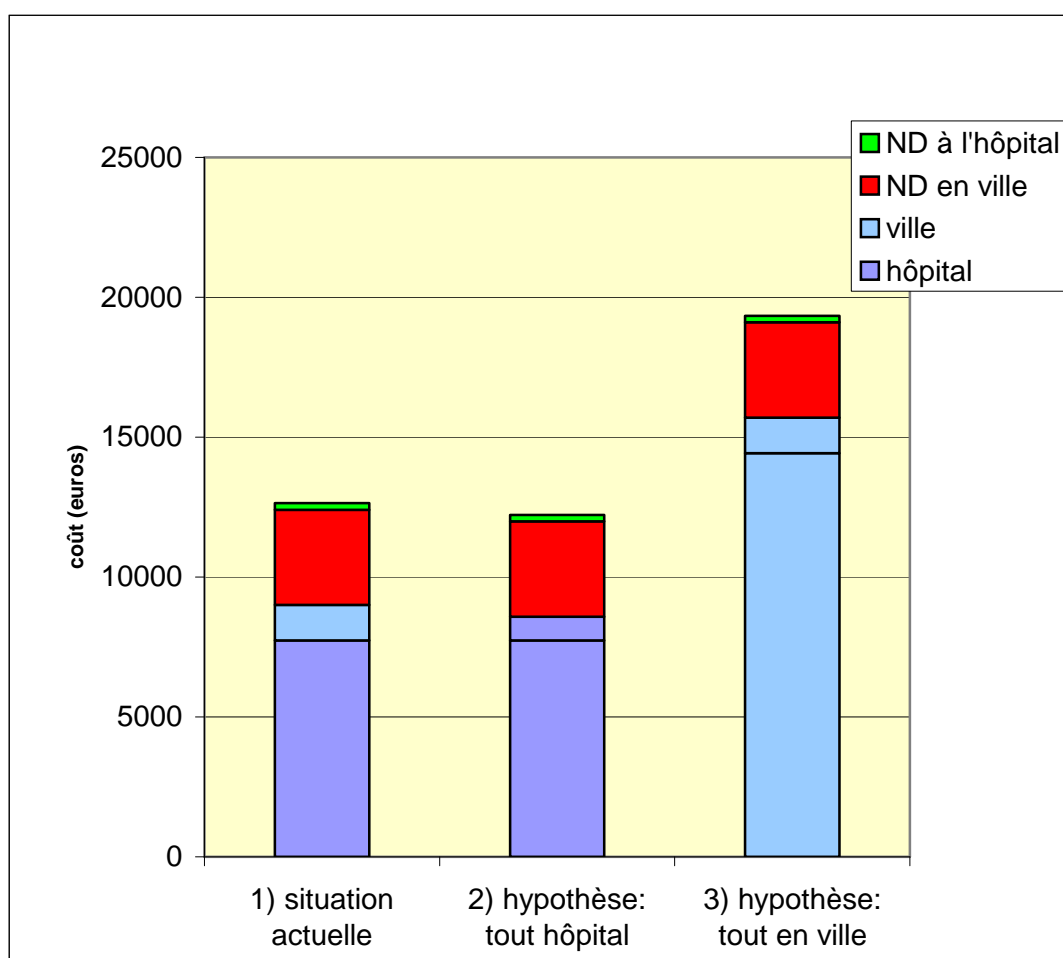


Figure 6 : comparaison des différentes situations possibles

Dans la situation actuelle (1), le montant des délivrances hospitalières est estimé à 7 734,90 euros mensuels. Les médicaments délivrés en officine coûtent actuellement 1 268,10 euros par mois. Le montant des spécialités de la réserve hospitalière (non disponible (ND) en ville) s'élève à 3 404,00 euros par mois. Le coût des spécialités non disponibles à l'hôpital est estimé à 238,60 euros par mois.

Dans l'hypothèse où tout serait pris à l'hôpital (2), le montant des délivrances hospitalières serait composé des 7 734,90 euros par mois actuels, auxquels s'ajoutent 846,24 euros par mois, correspondant aux délivrances aujourd'hui officinales qui pourraient se faire à l'hôpital. Les coûts des médicaments de la réserve hospitalière et des spécialités non disponibles à l'hôpital sont maintenus.

Dans l'hypothèse où tout serait pris en ville (3), aux 1 268,10 euros par mois actuellement facturés par les officinaux, s'ajouteraient 14 429,94 euros mensuels correspondant à l'équivalent en ville de ce qui est délivré pour le moment par la pharmacie de l'hôpital. Les coûts des médicaments de la réserve hospitalière et des spécialités non disponibles à l'hôpital sont également maintenus.

Au total, le service d'HAD dépense actuellement 12 645,60 euros par mois pour la délivrance des ordonnances. Si l'on décidait de ne se fournir qu'auprès de la pharmacie de l'hôpital, sauf pour les quelques spécialités non disponibles, le montant total serait réduit à 12 223,74 euros par mois, soit une économie de 421,86 euros par mois (3,3%). Enfin, dans l'hypothèse où le maximum de médicaments serait délivré en ville, la facture mensuelle s'élèverait alors à 19 340,64 euros, soit 6 695,04 euros de plus par mois qu'aujourd'hui (soit plus de 52%).

2.2.2. L'armoire d'urgence

Durant les neuf semaines de l'étude, les commandes directes pour l'armoire d'urgence ont concerné 74 spécialités. Le volume moyen des commandes a été évalué à 847,5 unités par mois. Cela correspond à près de 28 unités par jour utilisées en urgence. Ces commandes étant adressées à la pharmacie Vercors, elles sont donc facturées au prix de l'hôpital. Le coût de ces commandes est estimé à 251,05 euros par mois. Pris en pharmacie de ville, l'ensemble de ces médicaments aurait coûté 472,88 euros.

2.2.3. Les retours

Les retours au service d'HAD de médicaments non utilisés par les patients ont été en moyenne de 494 unités par mois. Le montant total de ces retours est estimé au minimum à 1 179,54 euros par mois, calculés en considérant que la majorité des médicaments retournés avait été délivrée par la PUI. Mais dans la pratique, ce n'est sans doute pas le cas, au vu des spécialités concernées. Dans l'hypothèse où la majeure partie des spécialités serait fournie par une officine, ces retours pourraient atteindre 1 610,96 euros mensuels. Le montant réel se situe donc dans cette fourchette.

2.3. Aspect social et conditions de travail

2.3.1. Pour l'équipe soignante

Nous avons interrogé une infirmière qui s'était portée volontaire. Nous avons également recueilli les réponses de trois infirmières et une étudiante infirmière en stage.

Il en ressort que, pour la totalité des personnes interrogées, le fonctionnement actuel n'est pas satisfaisant. Le double système ville/hôpital est peu pratique et responsable d'une perte de temps importante pour les soignants, estimée à deux heures par jour pour le soignant chargé de récupérer les médicaments. En outre, les infirmiers passent chaque jour un temps non négligeable à gérer au mieux les médicaments, les ordonnances, et les multiples renouvellements chez le patient.

Tous les soignants interrogés préféreraient un approvisionnement unique en ville. Ils pensent qu'une telle organisation éviterait les allées et venues entre la pharmacie de l'hôpital et le service d'HAD. De plus, comme les officines ne sont pas soumises au délai de délivrance pour dix jours, les renouvellements leur paraîtraient plus faciles à gérer.

La perspective d'un préparateur présent dans le service leur conviendrait. Mais son travail pour l'HAD pourrait dépasser la simple délivrance. Il pourrait en plus s'occuper de gérer les injectables, de répondre aux questions liées aux médicaments, ... Cela permettrait de gagner du temps pour les soins, et d'optimiser l'organisation des équipes sur la journée, voire sur la

semaine. De plus, il serait un lien direct avec les pharmaciens de l'hôpital et les pharmaciens de ville, ce qui manque considérablement à l'heure actuelle.

2.3.2. Pour l'équipe des préparateurs

Nous avons interrogé la préparatrice qui s'était manifestée par courriel, ainsi que deux autres préparatrices. Ce sont là les trois personnes les plus fréquemment concernées par la gestion de la pharmacie de l'HAD.

Là aussi, aucune n'est satisfaite du fonctionnement actuel. D'après elles, les préparateurs ont peu de temps à consacrer à l'HAD. Ils ne peuvent assurer des urgences de plus en plus nombreuses. Ils doivent régulièrement délivrer des ordonnances incomplètes (où il manque le nom du médecin, le nom du patient, la durée), voire même des ordonnances qui ne sont plus valables.

Elles regrettent beaucoup de ne jamais avoir de contact direct avec l'équipe soignante. Elles estiment qu'elles perdent trop souvent du temps à joindre quelqu'un, que ce soit le médecin prescripteur ou un soignant du service d'HAD. En général les ordonnances sont traitées le matin, alors que les soignants sont en tournée. Elles ont donc du mal à contacter la personne la plus à même de répondre à leurs questions sur les patients.

Enfin, elles préféreraient avoir le droit de substituer les médicaments qui ne sont pas inscrits au livret. La règle de non substitution n'est apparemment pas assez précise et chacun l'applique à sa façon. Selon la personne qui traite l'ordonnance, pour un même médicament, soit il y a substitution, soit le soignant est envoyé en ville pour compléter l'ordonnance. Les préparateurs se rendent compte qu'il y a donc un problème d'uniformisation du travail dans l'équipe, qui doit perturber les soignants de l'HAD.

L'idée du retour à un préparateur référent est largement évoquée dans leurs réponses. Mais pour elles, la présence d'un préparateur dans le service même réduirait encore plus ces désagréments. Un seul préparateur pour l'HAD aurait plus l'habitude des dossiers et des patients. Cela éviterait de rechercher l'historique, de se poser plusieurs fois les mêmes questions, ... Finalement, cela ferait gagner du temps aux deux équipes.

3. Discussion

3.1. Limites et biais

Orientation de l'analyse :

Ce travail a été réalisé avec notre regard d'externe en pharmacie, stagiaire dans le service d'HAD. Notre analyse suit donc une orientation surtout hospitalière. Notre participation à certaines tournées à domicile et la visite d'une officine dispensant fréquemment des médicaments pour le service certes réduisent ce biais. Mais certaines considérations pratiques ont pu passer inaperçues par notre connaissance insuffisante de l'implication de l'officine dans l'HAD.

Recueil des données :

Dans le circuit habituel, les prescriptions ne transitent pas par le bureau de l'externe en pharmacie. Pour recueillir toutes les ordonnances, nous avons donc demandé aux préparateurs de nous faire une copie de toute prescription délivrée par la PUI pour l'HAD. Pour les ordonnances délivrées en ville, nous nous sommes procurés les duplicata envoyés au régisseur du service par les officinaux. Il se peut donc que malgré tous nos efforts, certaines ordonnances aient échappé à notre recueil.

Notion d' « erreur » :

Chacun respecte la réglementation selon sa propre appréciation de la situation. Pour notre étude, nous avons comptabilisé les erreurs en nous appuyant sur notre compréhension personnelle de la réglementation. Une autre personne aurait donc pu trouver d'autres résultats. De plus, nous n'avions pas forcément toutes les données que détenait le préparateur ; par exemple, un appel au médecin pouvait peut-être justifier un changement effectué que nous avons comptabilisé comme une erreur.

Extrapolation des résultats :

L'étude a duré neuf semaines. Les résultats ont été divisés par deux pour obtenir une estimation mensuelle. Mais l'année 2007 aura probablement été plus coûteuse que les autres, puisque le budget de la part 'pharmacie hors hôpital' semblait en augmentation par rapport aux années précédentes. En effet au mois de juillet, le total des factures en cours atteignait

presque le montant total de l'année 2005 et celui de l'année 2006. Nous ne pouvons pas savoir si cette hausse est due à l'augmentation du volume global de médicaments prescrits, ou à une augmentation de la part 'délivrance officinale', directement en lien avec les dysfonctionnements du système en place. Il faudrait donc étudier l'évolution du budget total du service d'HAD sur plusieurs années afin de constater la tendance réelle d'évolution.

Montant d'une délivrance :

Nous avons uniquement considéré le coût des médicaments, hors chimiothérapies. Le montant réel d'une délivrance serait plus juste si l'on tenait compte du temps soignant et des frais de transports pour l'approvisionnement.

Retours :

On sait que le volume et le coût ont été faussés par un retour conséquent de produits onéreux dans la période considérée. C'est une situation inhabituelle qui alourdit nettement le montant calculé pour ces retours. Nos résultats ne sont donc sans doute pas représentatifs de la réalité.

Personnes interrogées pour l'enquête :

Le questionnaire a été adressé uniquement aux préparateurs et aux soignants qui ont accepté de répondre à notre enquête. Parmi eux, certains étaient volontaires ; peut-être souhaitaient-ils profiter de l'occasion pour signaler des dysfonctionnements. Aussi, pour prévenir un biais supplémentaire, nous avons souhaité questionner d'autres personnes 'non volontaires'. Grâce à cette précaution, nous estimons que notre échantillon est représentatif de l'ensemble des équipes travaillant pour l'HAD. Nous reconnaissons cependant que nous n'avons pas pu recueillir les points de vue de la totalité des personnes concernées.

3.2. Configuration : « tout en ville »

3.2.1. Sécurité du patient

Nous avons vu que les erreurs officinales sont dix fois moins nombreuses en absolu que les erreurs hospitalières (3 sur 33). Cependant, rapportées au nombre de lignes délivrées, ces erreurs sont en fait plus fréquentes en officine : 3 erreurs sur 36 lignes délivrées, soit 8,3% d'erreurs (contre 3,6% à l'hôpital). Les erreurs relevées (un chevauchement d'ordonnances de stupéfiant, un renouvellement précoce, et une erreur de quantité) ne seront probablement pas évitées par une délivrance essentiellement officinale. De ce côté-là, cette hypothèse ne présente donc pas d'avantage.

En revanche, une dispensation officinale permet souvent une saisie informatique des délivrances. En effet, presque toutes les officines sont aujourd'hui informatisées. Lors de la délivrance, un récapitulatif des quantités délivrées ainsi que la date de délivrance sont imprimés sur l'ordonnance. L'information est claire, lisible, et elle n'encombre pas la prescription. Ce fonctionnement explique la faible fréquence des renouvellements précoces à l'officine en comparaison avec l'hôpital. De plus, la délivrance est enregistrée dans le dossier informatique du patient à l'officine, ce qui permet de disposer d'un historique précis des délivrances antérieures. Cela sécurise la délivrance en réduisant le risque d'erreurs qualitatives. En effet, nous n'avons retrouvé aucune erreur qualitative dans les délivrances officinales.

3.2.2. Aspect économique

Au niveau de la disponibilité des médicaments, l'officine s'en sort bien. En effet, nous avons vu que 94,5% des spécialités référencées au cours de l'étude sont disponibles en ville. Seules 19 spécialités (5,5%) font partie de la réserve hospitalière. Si l'on optait pour une délivrance principalement officinale, il faudrait envisager qu'un soignant se procure à la PUI les médicaments prescrits appartenant à cette classe. Mais cette situation devrait rester exceptionnelle.

En revanche, d'un point de vue économique, cette hypothèse n'est absolument pas avantageuse. En effet, nous avons calculé que, si tout était délivré en ville, les frais seraient augmentés de 6 695,04 euros par mois, soit près de 52% du budget actuel. De même, le coût des médicaments de l'armoire d'urgence serait presque doublé. Cette différence est due aux variations de coût entre le tarif des médicaments vignetés, qui est fixé par le Comité Economique des Produits de Santé, et le prix unitaire négocié avec les laboratoires, pour les médicaments inscrits au livret de l'hôpital.

Il me semble important d'éclaircir ici un point particulier. Nous avons vu que les quantités délivrées en ville sont deux fois plus élevées qu'à l'hôpital, avec en moyenne 34,2 unités délivrées par ligne (contre 17 à l'hôpital). En effet, les officinaux ne sont pas soumis à la règle de délivrance pour dix jours. Ils délivrent donc chaque ligne pour toute la durée de la prescription, ou pour au maximum un mois. Cela n'intervient pas dans l'augmentation des coûts, les renouvellements sont simplement moins fréquents (0,1 en ville contre 0,64 à l'hôpital).

3.2.3. Aspect social et conditions de travail

Soignants comme préparateurs, personne n'est satisfait du système actuel. Le problème fondamental du système actuel est l'absence presque totale de contact entre les équipes soignantes et l'équipe de la pharmacie de l'hôpital. En effet, les personnels respectifs ne se rencontrent jamais : les préparateurs traitent les ordonnances de l'HAD le matin, alors que les soignants sont en tournée, donc difficilement joignables. L'après-midi, quand les soignants sont présents dans le service d'HAD, les préparateurs ont résolu les problèmes de la matinée et n'ont plus de temps à accorder à l'HAD.

Aussi, le matin, quand un préparateur a besoin d'un renseignement par rapport à une ordonnance (nom du médecin, nom du patient, posologie, ...), il lui est difficile de contacter le soignant concerné. Il dépense alors beaucoup de temps et d'énergie pour trouver cette information. Ce temps perdu se répercute sur le nombre d'ordonnances traitées dans la journée. D'où le délai de dispensation des médicaments dont se plaignent les soignants.

La multiplicité des intervenants est aussi un facteur de perte de temps. En effet, le préparateur doit se référer aux délivrances antérieures pour savoir ce qu'il peut délivrer. Si ce n'est pas lui qui a délivré l'ordonnance la fois précédente, il passe parfois beaucoup de temps à essayer de savoir ce qui a déjà été délivré et s'il a le droit de renouveler. Les ordonnances mal lisibles ou incomplètes contribuent à la perte de temps.

Le manque de communication du à des horaires différents et à la multiplicité des professionnels impliqués engendre beaucoup d'incompréhension mutuelle quant au mode de travail. Les relations sont de plus en plus tendues entre soignants et préparateurs, et les conditions de travail se dégradent. Pourtant, il est primordial pour la santé du patient que les actes de dispensation se déroulent dans de bonnes conditions.

Les soignants préféreraient donc se procurer les médicaments en ville. Les pharmaciens officinaux suivent leurs clients souvent depuis plusieurs années. Ils connaissent leur histoire personnelle, leur entourage, leurs habitudes de vie. Ils peuvent optimiser les traitements et conseiller les soignants. Parfois, le pharmacien prend même le temps de se rendre au lit du malade pour mieux l'accompagner et soutenir sa famille. C'est donc une prestation personnalisée qui est offerte et qui ne connaît pas d'équivalent lors d'une délivrance hospitalière.

De plus, la délivrance officinale présente l'avantage pour les soignants de ne pas être soumise à la règle des dix jours. Ainsi, les renouvellements sont moins fréquents. Le soignant passe moins de temps à les anticiper et les risques d'être en rupture de médicament sont réduits. La gestion de la pharmacie à domicile est donc simplifiée. C'est une source de stress en moins pour les infirmiers.

3.2.4. Conclusion sur cette configuration

Cette configuration apporte bien des avantages, que ce soit pour les soignants ou pour les patients. Les traitements étant délivrés pour le mois complet, les soignants n'auraient plus à faire renouveler l'ordonnance tous les dix jours. La gestion de la pharmacie à domicile serait alors bien simplifiée par rapport à aujourd'hui. De plus, la dispensation par son pharmacien

habituel permet une prise en charge plus sécurisée du malade, grâce à un suivi personnalisé et une connaissance parfaite de l'historique médicamenteux du patient.

Mais, dans le contexte actuel de politique d'économies de santé, cette hypothèse ne trouvera pas sa place. Malgré les avantages qu'elle apporte pour la sécurité du patient et les conditions de travail des équipes, la différence de coût entre la ville et l'hôpital est trop importante pour que cette configuration soit envisageable.

3.3. Configuration : « tout à l'hôpital »

3.3.1. Sécurité du patient

Nous avons vu que le taux d'erreur à l'hôpital est plus faible qu'en ville : 30 erreurs sur 841 lignes délivrées, soit 3,6% d'erreur. Les erreurs hospitalières sont principalement quantitatives et réglementaires (respectivement 53 et 40%), mais notre attention a surtout été retenue par une erreur qualitative grave.

Les erreurs qualitatives peuvent être expliquées par la multiplicité des personnes susceptibles de délivrer des ordonnances pour l'HAD. L'absence de suivi régulier des patients ne permet pas de remarquer rapidement un défaut de dosage. Nous avons vu que cela avait eu au moins une conséquence grave en deux mois. C'est un risque que l'on ne peut pas prendre. D'autant plus qu'il pourrait facilement être limité par la nomination d'un préparateur référent, intervenant unique pour l'HAD. Il connaîtrait les traitements habituels des patients du service et serait donc plus à même de détecter de telles erreurs.

Les erreurs réglementaires peuvent être liées à l'organisation actuelle, qui veut que les préparateurs indiquent sur l'ordonnance la quantité délivrée et la date de délivrance à la suite de chaque ligne. A cela s'ajoutent les tampons 'non disponible, à prendre en ville' apposés lorsque le médicament n'est pas disponible à l'hôpital. Les ordonnances renouvelées plusieurs fois deviennent donc rapidement illisibles. Cela augmente considérablement le risque d'erreurs telles que les renouvellements précoces (42% des erreurs réglementaires totales). On peut penser que ce type d'erreurs serait réduit par la mise en place d'un système d'information plus clair. Enfin, une erreur réglementaire était due à une substitution qui n'aurait pas dû être

faite. S'il n'y a plus de délivrance officinale, cette règle devrait être supprimée, et ce type d'erreur n'existerait plus.

Les erreurs quantitatives, qui sont les plus fréquentes (52% des erreurs totales), sont une conséquence directe de la réglementation particulière concernant la durée de délivrance. En effet, une durée de traitement de dix jours paraît courte pour certains médicaments. Il semble évident qu'un traitement au long cours (antihypertenseur, hormones thyroïdiennes,...) sera prescrit pour une longue durée. Lors de la délivrance, le préparateur sait que les médicaments délivrés seront utilisés. Si l'on autorisait une durée de délivrance supérieure à dix jours dans certains cas, ces erreurs seraient donc réduites, sans pour autant augmenter le gaspillage.

3.3.2. Aspect économique

3.3.2.1. Les ordonnances

Dans l'hypothèse où la majorité des médicaments serait délivrée par la pharmacie de l'hôpital, l'économie réalisée serait relativement faible (3,3% soit 421,86 euros par mois) en regard du total mensuel (12 645,60 euros). Mais cette économie est facilement réalisable par la mise en place de mesures simples, ayant pour but d'augmenter la délivrance hospitalière.

Dans un premier temps, il faudrait autoriser la substitution par la pharmacie de l'hôpital. En effet, nous avons vu que 2,6% des spécialités prescrites sont dispensées en ville alors qu'elles ont un équivalent ou un générique inscrit au livret de l'hôpital. La substitution avait été interdite afin d'éviter les risques de double administration à la suite d'une double délivrance ville et hôpital. En théorie, ce problème serait résolu puisqu'il n'y aurait plus de délivrance officinale. Cela porterait donc la disponibilité à l'hôpital des spécialités prescrites à 97,6%.

Pour les 2,3% de spécialités non disponibles et non substituables à l'hôpital, on peut imaginer d'éviter la délivrance officinale en contactant le prescripteur, afin qu'il modifie sa prescription en faveur d'un médicament disponible à l'hôpital. S'il maintient sa prescription, alors le patient pourrait bénéficier d'une délivrance exceptionnelle en ville, selon des formalités à définir.

Enfin, il faudrait envisager une délivrance hospitalière des stupéfiants. En effet, ils représentent 48% des délivrances en ville, alors qu'ils sont inscrits au livret. La délivrance officinale exclusive avait été décidée afin que ce soit les familles qui se chargent de récupérer ces médicaments particuliers, évitant ainsi aux soignants de se déplacer avec de tels produits. On pourrait imaginer de demander aux familles de se rendre à la pharmacie Vercors pour récupérer ces médicaments. Sinon, on pourrait organiser une livraison par coursier. Ceci n'est évidemment concevable que dans la mesure où cela ne génère pas de frais supérieurs à l'économie réalisée par la délivrance hospitalière. Or, la mise en place à plus ou moins long terme d'un tel système de livraison a déjà été évoquée dans le service, pour tous les médicaments. Ceci pour permettre aux soignants de commencer directement leur tournée, sans passer par l'HAD, toujours dans le but de gagner du temps pour les soins. Si ce projet se concrétise, alors les stupéfiants seraient livrés avec les autres médicaments, sans frais supplémentaires.

3.3.2.2. Les retours

Le montant des retours est estimé à près de 1 500 euros par mois. L'ensemble de ces médicaments a été détruit au niveau de la pharmacie Vercors. En effet, ils n'ont pas pu être redistribués puisque personne ne pouvait garantir leurs conditions de conservation. C'est donc 1 500 euros de médicaments qui ont été perdus. Et ce, malgré la mise en place de la règle de délivrance pour dix jours, visant à limiter le gaspillage. Il est donc impératif d'essayer de réduire ces retours en ajustant au mieux les délivrances.

Nous avons calculé qu'un patient est le destinataire de 1,8 ordonnance par mois. Ces ordonnances, d'une durée moyenne de 46 jours, devraient compter un renouvellement pour dix jours, soit au moins 3 renouvellements. Dans la réalité, elles ne sont renouvelées que très rarement : 0,64 fois en moyenne à l'hôpital. Nous en concluons donc que les prescriptions sont modifiées tellement souvent qu'elles n'ont pas le temps d'être délivrées en totalité. Une délivrance totale entraînerait donc assurément un gaspillage.

Il n'est pas imaginable de réduire encore la durée de délivrance hospitalière. Cela compliquerait davantage la gestion des médicaments à domicile. De plus, la plupart des conditionnements à l'hôpital sont des multiples de dix, ce qui n'est pas en faveur d'une délivrance inférieure à dix jours.

En revanche, une configuration où l'on serait capable d'adapter les délivrances au plus près des besoins des patients permettrait de limiter ces gaspillages et de faire des économies. Ainsi, un traitement au long cours pourrait être délivré pour une durée d'un mois, comme en ville. A l'inverse, un traitement ponctuel, susceptible d'être modifié selon l'évolution du patient, pourrait être délivré au jour le jour. La quantité de médicaments nécessaires serait stockée dans l'armoire du service, donc rapidement disponible pour les soignants si le traitement devait être prolongé. Ainsi, les médicaments non utilisés pourraient être retournés à la pharmacie où ils seraient redistribués.

3.3.2.3. L'armoire d'urgence

L'armoire a été mise en place à l'origine pour les cas d'urgence, notamment les week-end. Mais en raison des dysfonctionnements actuels, des renouvellements se transforment en urgences, justifiant l'utilisation de médicaments de cette armoire. Les délais de délivrance des ordonnances étant trop longs, les soignants sont obligés d'utiliser ce moyen pour faire le lien entre deux renouvellements.

Au cours de l'étude, ces dépannages ont été en moyenne de 28 unités par jour. Les soignants ne devraient pas se retrouver à cours de médicament, surtout pour des traitements au long cours tels que antihypertenseurs, anti-épileptiques, ... Pour diminuer la fréquence des renouvellements, les traitements de longue durée devraient être délivrés pour plus de dix jours. Si la durée de délivrance est plus adaptée à la durée potentielle du traitement, on peut espérer que ces dépannages n'auront plus lieu d'être.

En revanche, l'armoire d'urgence pourrait servir à stocker les traitements ponctuels des patients. Ainsi, on mettrait en réserve les médicaments prescrits pour de courtes durées. Le soignant récupérerait alors les médicaments nécessaires le matin, avant de partir en tournée.

3.3.3. Aspect social et conditions de travail

Nous avons vu que l'un des problèmes majeurs de l'organisation actuelle la gestion des médicaments est une perte de temps importante pour les préparateurs : pour contacter le service d'HAD, pour rechercher des informations auprès des prescripteurs, ou pour demander des précisions sur les délivrances antérieures. Dans ce contexte, la nomination d'un

préparateur référent pour l'HAD est la solution évoquée par tous les préparateurs interrogés. Si une même personne s'occupait de toutes les prescriptions du service, alors les explications des ordonnances compliquées ne seraient recherchées qu'une fois et la méthode de travail serait toujours la même. Connaissant l'historique du patient, le préparateur référent serait capable d'évaluer la durée potentielle du traitement, et déciderait ainsi d'un rythme de délivrance mensuel ou plus court. Les quantités délivrées seraient donc plus adaptées et les renouvellements moins fréquents, permettant ainsi à l'équipe soignante de gagner du temps pour les soins.

Mais cela ne règle pas le problème de difficulté de communication entre les équipes. C'est pour cette raison que nous avons imaginé la création d'un poste de préparateur au sein même du service d'HAD. Sur place, le préparateur aurait accès à tous les dossiers patient, ce qui pourrait l'aider lors des délivrances. Enfin, il pourrait rencontrer les soignants, qui sont présents dans le service l'après-midi. Cette configuration permettrait un rapprochement des deux équipes qui ne pourrait que profiter au patient.

3.3.4. Ce qui a déjà été mis en place

Nous avons vu que les conditions de travail se dégradaient de jour en jour. Il nous a alors paru important de modifier rapidement certains fonctionnements. Dès la fin de l'étude, nous avons donc proposé de mettre en place certaines mesures censées améliorer l'organisation de l'approvisionnement en médicaments.

Dans un premier temps, nous avons **allongé la durée de délivrance**. Les préparateurs peuvent maintenant délivrer les ordonnances pour quinze jours au lieu des dix jours prévus initialement. Cette mesure peut sembler paradoxale, puisque nous avons démontré un certain gaspillage. Mais nous pensons qu'elle permettra au contraire de faire des économies de médicament. Aujourd'hui, les infirmiers redoutent de tomber en panne de médicament au domicile du patient. Afin d'éviter une telle situation, il est possible que les ordonnances soient renouvelées plus fréquemment que nécessaire. Avec l'allongement de la durée de délivrance, ce risque de « panne » est diminué. Les renouvellements deviennent moins fréquents. Les risques d'erreurs sont réduits ; et pour les soignants, la gestion des ordonnances au domicile est simplifiée.

D'autre part, nous avons tenté de favoriser la communication entre les équipes soignantes et pharmaceutiques par la mise en place de **fiches de liaison**, agrafées à chaque nouvelle prescription (annexe 5). La première partie de cette fiche est remplie par les soignants. Elle reprend notamment : le nom du patient, la date de l'ordonnance et sa durée, et le nom du médecin, qui ne sont pas toujours lisibles pour les préparateurs. La deuxième partie concerne les médicaments prescrits. Elle est donc complétée par les préparateurs. Ils recopient l'ordonnance ligne par ligne dans un tableau. Puis, ils notent la date de délivrance et la quantité délivrée dans les colonnes correspondant à chaque spécialité. Ils précisent également la date à laquelle il faudra renouveler la délivrance. Pour les renouvellements ultérieurs, les soignants doivent cocher dans ce tableau les spécialités dont ils ont besoin.

S'il est vrai que cette mesure exige de passer plus de temps lors de la première délivrance, elle permet d'en gagner lors des renouvellements puisque l'historique est plus clair ; l'ordonnance reste lisible et le risque d'erreur est réduit. Pour les soignants, la gestion des renouvellements devrait être facilitée : en effet, les préparateurs indiquent dans le tableau la date prévue pour le renouvellement ; les soignants n'ont donc plus qu'à s'y fier.

Enfin, les préparateurs se plaignaient de perdre trop de temps à rechercher les numéros de téléphone des médecins, en cas de problème avec une ordonnance. En effet, les prescripteurs de ville sont plus difficiles à joindre puisqu'ils ne sont pas affiliés au réseau intra-hospitalier. Nous avons donc fourni aux préparateurs un **listing des coordonnées des principaux médecins prescripteurs** pour l'HAD.

3.3.5. Conclusion sur cette configuration

Après avoir pris en compte tous les aspects de la délivrance, il semble préférable de s'orienter vers cette hypothèse. D'une part, elle présente un intérêt économique évident par rapport à une délivrance majoritairement officinale. D'autre part, la mise en place de quelques mesures simples comme autoriser la substitution, ou allonger le délai de délivrance à quinze jours, faciliterait l'organisation des équipes soignantes et pourrait diminuer les risques d'erreurs. Un schéma (annexe 6) récapitule l'organisation de la délivrance dans cette configuration en fonction du type de spécialité.

Ce qui manque le plus dans cette hypothèse, c'est la proximité du service pharmaceutique et la sécurité que l'on obtenait avec l'hypothèse officinale. C'est pourquoi nous avons pensé que l'idéal serait la création d'un poste de préparateur au sein même du service d'HAD. Une bonne connaissance du dossier patient et des traitements habituels sécuriserait la délivrance. De plus, grâce au contact quotidien avec les soignants, le préparateur serait informé de l'évolution des malades, permettant une délivrance au plus près des besoins. Les dépannages d'urgence et les retours ne seraient plus qu'occasionnels, ce qui simplifierait la gestion par les soignants et réduirait encore les coûts pour le service.

Enfin, nous pensons que le pharmacien habituel du malade pourrait être associé au projet thérapeutique, s'il le souhaite. D'une part, son expérience, sa connaissance de l'histoire du patient, et la relation de confiance éventuelle qui le lie au patient, contribueraient à la qualité de la prise en charge. L'officine reste en effet le pivot d'une prise en charge coordonnée des personnes âgées et dépendantes en garantissant un accès à des prestations de qualité(15). D'autre part, le pharmacien est un professionnel de santé bénéficiant d'une formation spécialisée et approfondie sur les médicaments. Par cette compétence, il a les moyens d'être un acteur important du système de santé (14). Il devrait donc rester le référent pour ce qui concerne le traitement, travaillant en collaboration avec un réseau pluridisciplinaire et synergique, centré sur le patient, et constitué de professionnels de santé et de personnes proches gravitant autour de lui (13).

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : Thérèse GUILLON

TITRE : APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS DU SERVICE D'HAD DU CHU
DE GRENOBLE : ÉVALUATION DU DOUBLE SYSTEME VILLE / HOPITAL

CONCLUSION

Dans un contexte de contrainte économique, et devant le fréquent désir des patients de rester le plus longtemps possible dans un environnement familial, l'hospitalisation à domicile représente une alternative à l'hospitalisation traditionnelle. Dans cet esprit, le nombre de places en HAD augmente continuellement depuis plusieurs années. Mais l'organisation relativement ancienne de ces structures n'est pas toujours adaptée à une telle demande, notamment en ce qui concerne l'approvisionnement en médicaments.

Actuellement, la gestion des médicaments du service d'HAD de Grenoble repose sur une répartition entre un approvisionnement en ville et un approvisionnement hospitalier, qui pose un certain nombre de problèmes. En particulier, les équipes soignantes du service ont de plus en plus de mal à gérer les ordonnances au domicile des patients ; les préparateurs de la pharmacie de l'hôpital sont de plus en plus sollicités pour des ordonnances urgentes ou non valides.

Ainsi, il apparaît nécessaire de faire évoluer ce fonctionnement. Pour cela, nous avons envisagé deux hypothèses : soit une délivrance essentiellement hospitalière, soit une délivrance essentiellement officinale. L'objectif de notre travail était d'étudier les trois aspects de la délivrance dans ces différentes situations : la sécurité du patient, l'aspect économique, et les conditions de travail du personnel impliqué.

En terme de méthodologie, nous avons rassemblé pendant une période de neuf semaines toutes les délivrances concernant les patients du service. D'après ces données, témoins du volume de médicaments consommés, nous avons estimé le budget mensuel de l'HAD pour son approvisionnement pharmaceutique. Nous avons relevé les erreurs de délivrance, certaines pouvant remettre en cause la sécurité du patient. Enfin, nous avons interrogé le personnel concerné par ce fonctionnement, c'est-à-dire les soignants et les préparateurs, afin de recueillir leurs points de vue.

Les résultats principaux sont les suivants. La majorité des médicaments étant disponible à l'hôpital comme à l'officine (92%), les deux hypothèses sont envisageables. Nous avons relevé 33 erreurs de délivrance pendant cette période de neuf semaines; une seule a eu une conséquence notable chez un patient car elle concernait le dosage d'un médicament à marge thérapeutique étroite. Sur le plan économique, un passage à une délivrance essentiellement officinale augmenterait le coût mensuel pour la collectivité de près de 6 700 euros (52%) par rapport à la situation actuelle. En revanche, une délivrance essentiellement hospitalière permettrait d'économiser un peu plus de 400 euros par mois (soit 3,3%). Enfin, les conditions de travail dans le système actuel ne satisfont ni les préparateurs, ni les soignants. La nomination d'un préparateur référent pour l'HAD semble être une solution appropriée pour améliorer cette organisation.

Cette étude montre que finalement l'hypothèse qui respecte le mieux la sécurité du patient, le souci financier, et les conditions de travail du personnel concerné, semble être celle d'une délivrance essentiellement hospitalière. Il s'agirait donc de créer un poste de préparateur au sein même du service d'HAD. Sa connaissance du dossier patient et des traitements habituels sécuriserait la délivrance. Grâce au contact quotidien avec les soignants, il serait informé de l'évolution des patients. Cette proximité permettrait alors une délivrance de qualité, au plus près des besoins. C'est donc cette solution qui nous semble la plus adaptée pour faire face à l'augmentation prévue du nombre de places en HAD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 16 mai 2008

LE DOYEN

LE PRESIDENT DE LA THESE

Professeur Renée GRILLOT

Docteur Benoît ALLENET

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES OFFICIELS :

1. Circulaire DH/EO/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile. Paris : DH ; 2000.
2. Circulaire DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile : *problématique PUI évoquée*
3. Complément à la circulaire DH/EO n° 2000-295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile. Bulletin Officiel 2001 ; 2001/1.
4. Décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique. Journal Officiel 8 octobre 1992.
5. Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 (3°) de ce même code. Journal Officiel 8 octobre 1992.
6. Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Journal Officiel 3 janvier 1991.

OUVRAGES :

7. DUBOST E. *L'hospitalisation à domicile*, Michel Servet, Lyon, 2002.
8. Equipe du service d'HAD de Grenoble, *Guide pratique de l'hospitalisation à domicile*, Grenoble, 2005.
9. FAURE M. *Hospitalisation à domicile et mise à disposition des médicaments : enquête auprès de 114 structures d'hospitalisation à domicile en France*, Grenoble, 2006.

SITE INTERNET :

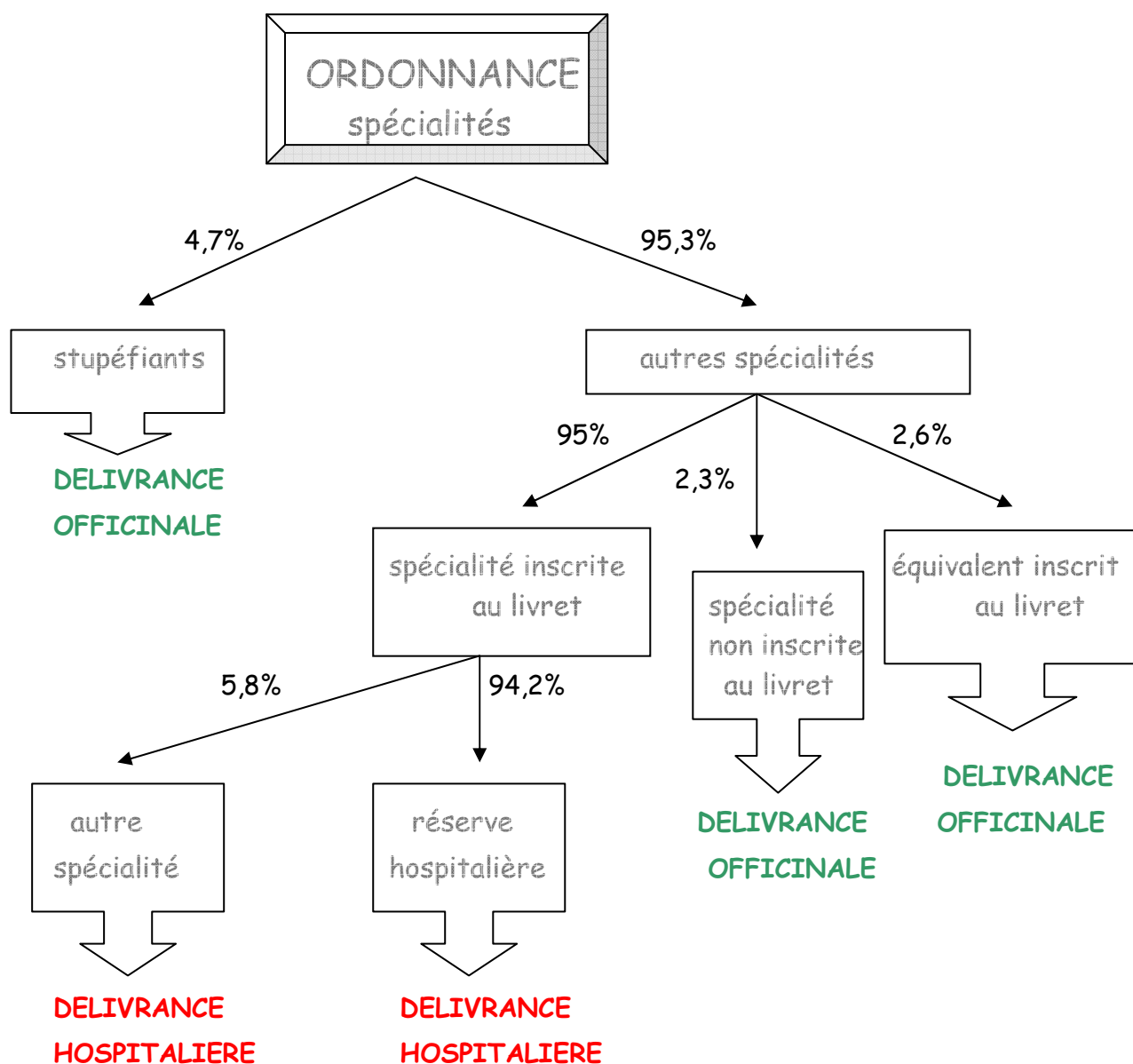
10. Historique de l'hospitalisation à domicile :
http://www.aphp.fr/index.php?HOPITAL.NIHOPITAL=46&action=afficher_histoire&module=histoire&vue=histoire_affiche

ARTICLES :

11. CHIRAC J. Lettre du Président de la République, M. Jacques Chirac. *Le Bulletin de la FNEHAD* 2004 ; 35 : 3-4.
12. COUSTEIX P-J. Ouverture de la journée par le Dr Pierre-Jean Cousteix, Président de la FNEHAD. *Le Bulletin de la FNEHAD* 2004 ; 35 : 4-8.
13. JACQUEMET S., CERTAIN A. Education thérapeutique du patient : rôles du pharmacien. *Bull. Ordre Pharm.* 2000 ; 367 : 269-275.
14. LATASTE M. Le projet d'hospitalisation à domicile : application à l'Aquitaine. *Bull. Soc. Pharm. Bordeaux* 1997 ; 136 : 115-118.
15. NICOLET C. Du soutien à domicile aux services à la personne. *Le Quotidien du Pharmacien* 2008 ; 2568 ; 4.
16. PATTE R. Prescrire une hospitalisation à domicile en élaborant un « projet thérapeutique ». *Presse Méd.* 2001 ; 30(22) : 1109-1114.
17. SCHMITT E., LOCHER F. Cadre juridique du circuit du médicament en milieu hospitalier consécutif à l'arrêté du 31 mars 1999. *Bull Ordre pharm.* 1999 ; 364 : 427-447.
18. SILVAN F. Huit ans pour un décret ! *Monit. Pharm. Lab.* 2001 ; 2381 : 8-9.

ANNEXES

Annexe 1 : schéma de départ : situation actuelle de délivrance des ordonnances



Annexe 2 : grille type de recueil des données de l'étude

n° délivrance	n° de patient	médicament prescrit*	durée de prescription	nombre d'unités délivrées	délivrance	armoire HAD	substitution possible	générique	libelle substitué*	coût unitaire	coût hôpital	coût officine	prix remboursement	prix libre	retour	commentaires
1	1	VITAMINE 1	5	5	H	0	O	N	EQUIVALENT	0,29	1,45	2,84				
1	1	VITAMINE 2	5	10	H	0	N	N	N	3,57	35,7	54,94				
1	1	VITAMINE 3	5	5	H	0	N	N	N	0,63	3,15	8,35				
2	2	INJECTION 1	120	1	H	0	N	N	N	251,13	251,13	315,29				
3	2	INJECTION 2	7	7	H	0	N	N	N	99,29	695,03	808,22				
4	3	ANXIOLYTIQUE	90	1	H	0	N	N	N	1,1	1,1	2,06	2,06			
4	3	NEUROLEPTIQUE	90	1	H	0	N	N	N	3,2	3,2	4,5	4,5			
4	3	ANTALGIQUE	90	40	H	0	N	N	N	0,06	2,4	7,24	7,24			
4	3	ANTITUSSIF	90	1	H	0	N	N	N	2,12	2,12	3,44	3,44			
4	3	VITAMINE 4	90	1	H	0	N	N	N	0,99	0,99	1,77	1,77			

Annexe 3 : questionnaire adressé aux préparateurs et aux soignants

Que pensez-vous du fonctionnement actuel de gestion des médicaments au niveau du service d'HAD ?

.....
.....
.....
.....
.....

Que pensez-vous du double système (ville/hôpital)?

.....
.....
.....
.....
.....

Que pensez-vous qu'il faudrait changer pour éviter ces dysfonctionnements ?

.....
.....
.....
.....
.....

Que pensez-vous d'une présence quotidienne d'un préparateur en pharmacie à l'HAD ? Quelles pourraient être ses missions ?

.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 4 : fiche de déclaration d'événement
au Comité de suivi et de gestion des erreurs médicamenteuses - CREX

Fiche de déclaration d'évènements

Service / UF :	date de rédaction :
Date de l'événement :	
Libellé succinct :	
Résumé de l'événement :	
Conséquences de l'événement :	

Annexe 5 : fiche de liaison entre les préparateurs et les soignants

nom & prénom du patient :
 date de l'ordonnance :/...../.....
 médecin prescripteur :
 numéro de téléphone :
 durée de l'ordonnance :

	date 1	date 1'	donné jusqu'au	date 2	date 2'	
produit 1	les	la pharmacie	la pharmacie			
produit 2	infirmiers	note ici la	note ici la date			
produit 3	cochent	quantité	jusqu'à laquelle			
produit 4	ici ce qu'il	délivrée (15 ou	le médicament			
etc...	leur faut	20 unités)	a été donné			

remarques de la pharmacie :

(date)

remarques des infirmiers :

(date)

Annexe 6 : schéma final :
délivrance majoritairement hospitalière

