



HAL
open science

Le positionnement du pharmacien dans l'assistance médico-technique à domicile

Damien Cacaret

► **To cite this version:**

Damien Cacaret. Le positionnement du pharmacien dans l'assistance médico-technique à domicile. Sciences pharmaceutiques. 2005. dumas-01254757

HAL Id: dumas-01254757

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01254757>

Submitted on 19 Jan 2016

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

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

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

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



1er exemplaire

**UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE**

ANNEE 2005

u° = 7024

**LE POSITIONNEMENT DU PHARMACIEN DANS
L'ASSISTANCE MEDICO-TECHNIQUE A DOMICILE**

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

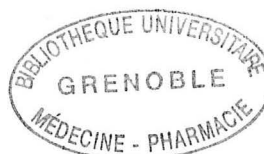
**Par DAMIEN CACARET
Né le 25 juin 1977 à Paris**

**Présentée et soutenue publiquement à la faculté de pharmacie de
Grenoble le 7 février 2005**

Président du jury: Mme DELETRAZ-DELPORTE, Maître de conférence,
UFR Pharmacie Grenoble.

Membres du jury : Mme BARTOLI, Maître de conférence, UFR Pharmacie
Grenoble.

M. MOLLARET, Docteur en pharmacie, Saint Laurent Du
Pont, 38380.



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE
Domaine de la Merci 38700 LA TRONCHE

Doyen de la Faculté : M. le Professeur **P. DEMENGE**
Vice-Doyenne : Mme **A. VILLET**

PROFESSEURS DE PHARMACIE

BAKRI	Abdelaziz	Pharmacie Galénique
BENOIT-GUYOD	Jean-Louis	(Emérite)
BURMEISTER	Wilhelm	Biophysique
CALOP	Jean	Pharmacie Clinique et Bio-Technique
DANEL	Vincent	Toxicologie
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Bio-Inorganique
DEMENGE	Pierre	Physiologie / Pharmacologie
DROUET	Emmanuel	Immunologie / Microbiologie / Biotechnologie
FAVIER	Alain	Biochimie / Biotechnologie
GOULON	Chantal	Biophysique
GRILLOT	Renée	Parasitologie
LECLERC	Gérard	Chimie Organique
MARIOTTE	Anne- Marie	Pharmacognosie
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique
RIBUOT	Christophe	Physiologie / Pharmacologie
ROUSSEL	Anne- Marie	Biochimie
SEIGLE-MURANDI	Françoise	Botanique et Cryptogamie
STEIMAN	Régine	Biologie Cellulaire
WOUESSIDJEWE	Denis	Pharmacie Galénique

PROFESSEUR ASSOCIE (PAST)

CHAMPON	Bernard	Pharmacie Clinique
----------------	---------	--------------------

MAITRES DE CONFERENCES DE PHARMACIE

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie
ALLENET	Benoit	Pharmacie Clinique
BARTOLI	Marie-Hélène	Pharmacie Clinique et Biotechn.
BOUMENDJEL	Ahcène	Pharmacognosie
CARON	Cécile	Biologie Moléculaire
CHOISNARD	Luc	Pharmacotechnie et génie de la formulation
DELETRAZ	Martine	Droit Pharmaceutique Economie
DEMEILLERS	Christine	Biochimie
DESIRE	Jérôme	Chimie Bioorganique
DIJOUX-FRANCA	Marie-Geneviève	Pharmacognosie
DURMORT-MEUNIER	Claire	Virologie
ESNAULT	Danielle	Chimie Analytique
FAURE	Patrice	Biochimie
FAURE-JOYEUX	Marie	Physiologie-Pharmacologie
FOUCAUD-GAMEN	Jacqueline	Immunologie
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie Galénique
GERMI	Raphaële	Bactériologie
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie – Pharmacologie
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique
GUIRAUD	Pascale	Biologie Cellulaire et Génétique
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie
KRIVOBOK	Serge	Botanique – Cryptogamie
MORAND	Jean-Marc	Chimie Thérapeutique
NICOLLE	Edwige	Chimie Organique / Chimie Thérapeutique
PINEL	Claudine	Parasitologie
RAVEL	Anne	Chimie Analytique
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique
RICHARD	Jean-Michel	
RIONDEL	Jacqueline	Physiologie - Pharmacologie
SEVE	Michel	Ens. Physique / Rech. Biochimie
VANHAVERBEKE	Cécile	Chimie Bio-Inorganique
VILLEMMAIN	Danielle	Mathématiques / Informatique
VILLET	Annick	Chimie Analytique

PROFESSEUR AGREGÉ

ROUTABOUL	Christel	Chimie Générale
------------------	----------	-----------------

A ma grand mère Manine.

A mon frère Alban, pharmacien, pour toutes ces années d'étude de pharmacie passées ensemble à Grenoble.

Je tiens à remercier tout particulièrement mes parents qui m'ont permis d'effectuer mes études et m'ont entouré tout au long de cette longue aventure, ainsi que mon oncle pour son soutien et pour l'opportunité qu'il me donne de débiter ma carrière professionnelle dans le secteur du maintien à domicile qui m'est cher.

Je remercie l'ensemble du corps professoral de la faculté de pharmacie de Grenoble pour la qualité de son enseignement et tout particulièrement Mme Martine DELETRAZ-DELPORTE, maître de conférence de pharmacie, qui par son statut de président de thèse m'a encadré et donné de son temps pour la réalisation de ce travail.

Je remercie M. Pierre DEMENGE, doyen de la faculté de Pharmacie de Grenoble, qui m'a fait confiance en me donnant l'autorisation d'effectuer un troisième cycle, ordinaire pour un pharmacien mais au combien riche, à l'école de commerce HEC Paris.

Je tiens aussi à remercier toutes les personnes que j'ai pu rencontrer et qui ont participé à l'élaboration de cette thèse, notamment M. Tristan MICOL, M. Bertrand MARCOU, M. Nicolas CHOUTET et tous les chefs d'entreprises, présidents d'associations ou hauts fonctionnaires d'état qui m'ont permis de donner une dimension de terrain à ce travail.

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION : Privilégier le malade sur son lieu de vie

Première partie : Présentation de L'Assistance Médico-Technique à Domicile (AMTD) en France.

I. Les facteurs créant un besoin croissant de maintien à domicile

a. Facteurs Démographiques-----	P17
i. Explosion démographique des seniors-----	P17
ii. Corrélation inéluctable au vieillissement : Dépendances-----	P19
b. Facteurs pathologiques-----	P24
c. Facteurs Economiques-----	P26

II. Les différents types de prestations en France

a. Une histoire de plus de deux siècles-----	P28
b. Hospitalisation à domicile (HAD)-----	P29
i. Définition-----	P29
ii. Admission et sortie des patients-----	P30
iii. Le coût d'une HAD-----	P32
iv. Organisation des soins en HAD-----	P33
v. Exemple de l'HAD à Paris-----	P34
c. Les services de Soins Infirmiers et d'Aide à Domicile-----	P38

i.	Les SSIAD-----	P38
1.	Définition	
2.	Réglementation	
3.	Admission	
4.	Soins et Intervenants	
ii.	Les SAAD-----	P42
iii.	Les services polyvalents-----	P43
d.	Maintien à Domicile (MAD)-----	P44
i.	Définition-----	P44
ii.	Les prestations et leurs modes de financement -----	P44
iii.	Les conditions d'exercices-----	P46

III. Les soutiens financiers et juridiques permettant l'AMTD

a.	Aides aux personnes âgées-----	P47
i.	Aides au logement-----	P47
1.	Allocation compensatrice tierce personne (ACTP)	
2.	Allocation de logement social (ALS)	
3.	Allocation de logement familiale (ALF)	
4.	Allocation personnalisée au logement (APL)	
5.	Aide à l'amélioration de l'habitat	
ii.	Aides fiscales-----	P51
1.	Exonération d'impôt sur le revenu	
2.	Abattement d'impôt	
3.	Réduction d'impôt pour rémunération d'aide à domicile	
4.	Exonération des charges sociales	
5.	Autres aides fiscales	

b. Aides aux personnes adultes dépendantes-----	P55
i. Aides financières-----	P55
ii. Avantages fiscaux-----	P56
c. Aides aux enfants malades-----	P56
i. Aides financières-----	P56
ii. Avantages fiscaux-----	P56
d. L'allocation aux personnes dépendantes : APA-----	P57
i. Définition-----	P57
ii. Condition et montant d'attribution-----	P58
iii. APA à domicile vs APA en établissement-----	P60
iv. APA : victime de son succès-----	P62

IV. Les acteurs non pharmaceutiques de l'AMTD

a. Les intervenants-----	P64
i. Les soins à domiciles-----	P64
1. L'infirmier (e)	
2. Le médecin traitant	
3. Le Kinésithérapeute / Ergothérapeute	
ii. Les aides non médicales à domicile-----	P65
1. L'aide à domicile	
2. La garde à domicile	
3. L'auxiliaire de vie	
iii. L'assistance médicale à domicile-----	P67
b. Le réseau associatif-----	P68

i.	Son histoire-----	P68
ii.	Organisations et services-----	P69
iii.	L'exemple d'une union nationale : l'ADMR-----	P70
c.	Le secteur privé-----	P71
i.	Activité et positionnement du secteur privé dans l'AMTD-----	P71
d.	Une professionnalisation et une organisation du secteur -----	P73
i.	Normes AFNOR-----	P73
ii.	Création des CLIC-----	P74

Deuxième partie : le rôle et le positionnement du pharmacien dans l'AMTD

I. Les atouts du pharmacien

a.	Des compétences à exploiter-----	P78
i.	Des professionnels de santé-----	P78
ii.	Rôle sanitaire-----	P78
iii.	Rôle humain-----	P79
iv.	Rôle social-----	P79
v.	Rôle commercial-----	P80
vi.	Rôle dans les dépenses de santé publique-----	P80
b.	Formations-----	P81
i.	Enseignement universitaire-----	P81
ii.	Les Diplômes Universitaires-----	P83
iii.	Formation post universitaire-----	P86

II. Les implications actuelles du pharmacien dans l'AMTD

a. Le circuit officinal-----	P89
i. Délivrance de médicaments à domicile-----	P89
ii. Implication des officines dans le MAD-----	P90
iii. Les autres implications du pharmacien-----	P92
1. Les réseaux de soins	
2. Le pharmacien dans l'HAD	
3. Le pharmacien dans les SSIAD et les SAAD	
b. Dispositifs Médicaux à domicile-----	P94
i. Introduction-----	P94
ii. La chambre du malade-----	P96
iii. Aide à la marche -----	P100
iv. Véhicules pour handicapés physiques (VHP) -----	P102
v. Oxygénothérapie-----	P102
vi. Aérosolthérapie-----	P109
vii. La Pression Positive Continue (PPC)-----	P110
viii. Les nutritons artificielles-----	P112
ix. Les perfusions-----	P115

III. Les concurrents directs du pharmacien d'officine

a. Etude de marché-----	P117
b. Synthèse et positionnement des acteurs-----	P125

IV. Perspectives d'avenir : un pharmacien au cœur du service à domicile

- a. Un prestataire professionnel : une formation obligatoire-----P127
- b. Intégrer des marchés de niches : HAD, SSIAD-----P128
- c. Proposer une offre globale de prise en charge-----P130
 - i. Renforcer le service de mise à disposition des DM-----P130
 - ii. L'officine une plaque tournante du AMTD-----P131

CONCLUSION-----P134

BIBLIOGRAPHIE-----P136

ANNEXES-----P137

Liste des abréviations

AAH	: Association pour Adulte Handicapé
ACTP	: Allocation Compensatrice à la Tierce Personne
ADMR	: Association des Milieux Ruraux
AGGIR	: Autonomie Gérontologique Groupe Iso-ressources
ALF	: Allocation Logement Familiale
ALS	: Allocation Logement Sociale
AMTD	: Assistance Médico-Technique à Domicile
APA	: Allocation Personnalisée pour l'Autonomie
APHP	: Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
APL	: Allocation Personnalisée au Logement
BPDO	: Bonne Pratique de Dispensation à Domicile de l'Oxygène médical
CAF	: Caisse d'Allocation Familiale
CAFAD	: Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile
CCAS	: Centre Communal d'Action Sociale
CLIC	: Centres Locaux d'Information et de Coordination
CPAM	: Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	: Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CREDES	: Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
CSP	: Code de la Santé Publique
DDASS	: Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DM	: Dispositifs Médicaux
DREES	: Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
DU	: Diplôme Universitaire
EHPAD	: Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
HAD	: Hospitalisation à Domicile
HID	: Handicap Incapacité Dépendance
IRDES	: Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
INSEE	: Institut National des Statistiques et des Enquêtes Economiques
LPPR	: Liste des Produits et Prestation Remboursable ex TIPS
MAD	: Maintien à Domicile
NE	: Nutrition Entérale
PPC	: Pression Positive Continue
PSD	: Prestation Spécifique Dépendance
SAAD	: Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAD	: Service d'Aide à Domicile
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SSIAD	: Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR	: Soins de Suite et de Réadaptation
SYNALAN	: SYndicat NATional des Loueurs d'Appareils Médicaux, rebaptisé en Syndicat National des Services et Technologies de Santé à Domicile
TIPS	: Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires
UNASSAD	: Union Nationale des Associations de Soins et de Services à Domicile
UTIP	: Union Technique Inter Pharmaceutique
VHP	: Véhicule pour Handicapé Physique

INTRODUCTION : privilégier le malade sur son lieu de vie

Notre lieu de vie nous est cher, chargé d'histoire il possède notre confort et notre intimité ; mais plus que tout, il nous garde proche de notre entourage. Lorsqu'une pathologie ou un handicap physique arrive, il nous déchire de ce « cocon familial » pour rejoindre une structure médicalisée.

Des enquêtes menées par le CREDES indiquent que plus de 70% des Français désirent mourir chez eux, ce qui est le cas de seulement 25% d'entre eux. Afin de répondre à cette attente du patient et de son entourage c'est développé depuis plus de 50 ans le « Maintien à domicile ».

Cette alternative à l'hospitalisation englobe à la fois les activités d'hospitalisation à domicile (HAD), de maintien à domicile (MAD) mais aussi de soins à domicile (SAD) et soins spécialisés infirmiers à domicile (SSIAD). Nous pouvons regrouper toutes ces activités sous le terme d'Assistance Médico-Technique à Domicile (AMTD).

L'évolution des techniques médicales favorise l'élargissement de l'Assistance Médico-Technique à Domicile. Les innovations médicales permettent de prendre en charge à domicile des pathologies de plus en plus lourdes, grâce notamment à un matériel de plus en plus sophistiqué et adapté à l'ambulatoire. Ces avancées médicales ont par ailleurs diminué la durée de séjour en institution médicalisée. Mais le patient retrouve son domicile avec au moins une dépendance dans 30% des cas.

Aujourd'hui face à la situation suivante : d'une part, l'allongement de la durée de vie liée la structure de la pyramide des âges entraînent un accroissement sensible et durable du nombre de personnes âgées dépendantes. D'autre part, les contraintes en

particulier budgétaires agissant sur le monde hospitalier vont subsister voire se renforcer (un déficit de 100.000 lits en établissement d'hébergement est constaté en 2004). Les solutions traditionnelles de prise en charge des personnes dépendantes sont très largement insuffisantes.

L'alternative à l'Assistance Médico-Technique à Domicile s'inscrit plus que jamais dans les problématiques de santé publique française offrant de nombreux avantages : économique d'une part, en représentant un coût inférieur pour la sécurité sociale (une journée d'hospitalisation peut atteindre 750€ contre 200€ pour l'HAD), mais aussi en répondant au souhait des Français qui disent pour 90% d'entre eux être intéressés par une assistance à domicile (Sofres 2001).

Les pharmaciens en tant qu'acteurs du système de santé ont un rôle important à jouer. Les officinaux participent depuis longtemps à certaines activités de l'AMTD notamment dans la location de matériel médical, le traitement des insuffisances respiratoires (oxygénothérapie) ou le portage de médicaments à domicile.

Le marché de l'AMTD est en pleine croissance, la concurrence est rude avec le renforcement du milieu associatif et l'émergence de sociétés spécialisées. Le pharmacien officinal ne peut plus agir seul. C'est pour cela qu'apparaissent des groupements de réseaux de soins ou partenariats favorisant l'activité du MAD en officine.

Mais le rôle du pharmacien dans l'AMTD, en tant qu'interlocuteur privilégié du patient et partenaire de santé, doit aller plus loin. Tout en respectant la législation en vigueur, le pharmacien peut s'impliquer davantage en proposant des services de location, maintenance, d'information, de conseil et de coordinateur du système de maintien à domicile.

Il faut pour cela lui en donner les moyens, les pouvoirs publics ont pris conscience du rôle du pharmacien : le Ministre de la Santé Mr Philippe DOUSTE-BLAZY a déclaré au mois de juin 2004 en parlant de l'AMTD « *que les pharmaciens constituent la seule clé de rapprochement entre professionnels de santé et les malades et doit donc être au cœur du système de soins* ». Il va même plus loin en promettant à terme que le pharmacien aura bien sa place dans le dossier médical personnel.

Au travers de ce travail nous étudierons dans un premier temps le marché de l'AMTD avec les différentes prestations proposées, leurs histoires et leurs réglementations. Ainsi que les acteurs de ces prestations de service et les soutiens financiers accordés aux patients. Puis nous positionnerons le pharmacien dans ce marché en étudiant son rôle actuel, ses atouts avant d'envisager son avenir au sein de l'Assistance Médico-Technique à domicile malgré une concurrence émergente forte.

**Première partie : Présentation de L'Assistance Médico-Technique
à Domicile (AMTD) en France**

I. Les facteurs créant un besoin croissant de maintien à domicile

a. Facteurs Démographiques

i. Explosion démographique des seniors

D'après des études de l'Institut National des Statistiques et des Enquêtes Economiques (INSEE) nous pouvons constater, d'une part que la proportion de personnes âgées, entre 1990 et 2020, va croître plus rapidement que l'ensemble de la population. D'autre part, le nombre de personnes âgées va considérablement augmenter dans les prochaines années, sous l'effet conjugué de l'allongement de l'espérance de vie et de la structure de la pyramide des âges propre à la France. Doit aussi être pris en compte la stagnation du nombre de naissance et de l'immigration.

Une espérance de vie de plus en plus longue :

On sait aujourd'hui que l'allongement de l'espérance de vie est de 3 mois chaque année, soit 74,6 ans pour les hommes et 82,2 ans pour les femmes en 2000 (source INSEE – Annuaire 2000). Les projections de la pyramide des âges permettent d'estimer l'évolution de l'espérance de vie en 2025 à 88 ans pour les hommes et 96 ans pour les femmes, soit un « gain temps de vie » de près de 15 ans.

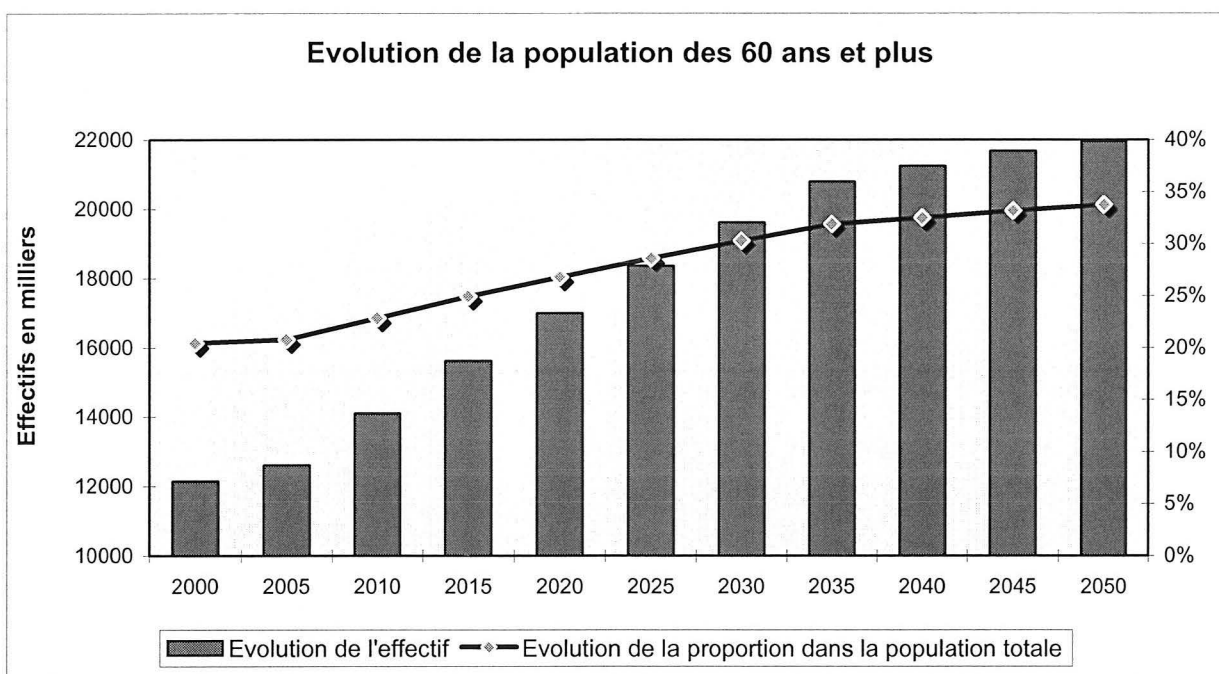
Le vieillissement de la population

Avec plus de 12,2 millions en 2004 de personnes de plus de 60 ans, soit 20,6% de seniors au sein de la population et 4,4 millions de personnes de 75 ans et plus, soit 7,4 % de la population (IDRES, Paris 2002), la France est légèrement plus âgée que le reste de l'Europe, qui connaît également ce phénomène de vieillissement de la population et l'émergence corrélative de l'augmentation des pathologies et des besoins liés à la prise en charge de la dépendance.

D'ici à 2025, le nombre de seniors français devrait croître de façon considérable (+44,2%) pour atteindre près de 18 millions de personnes (**Tableau 1**). Quant au nombre de seniors les plus âgés (plus de 80 ans), il fera plus que tripler en passant de 2,2 millions aujourd'hui à 7 millions en 2040 (**Tableau 2**). La France comptait 11.000 centenaires en 2001, plus de 300.000 en 2050 sont attendus.

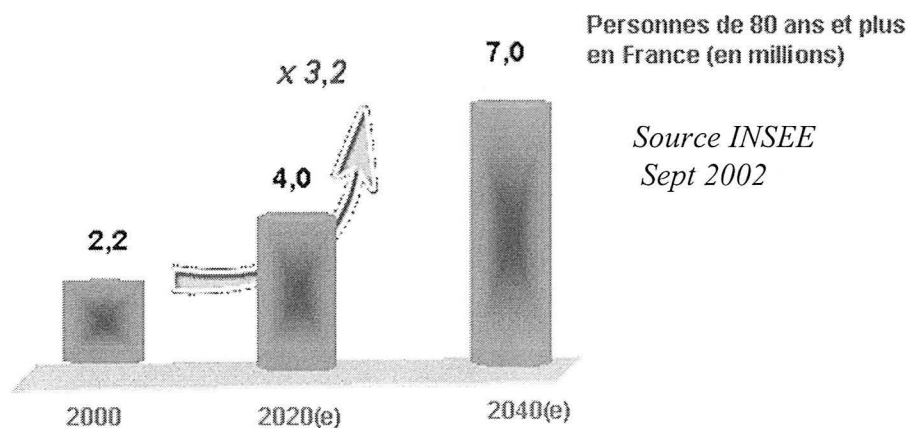
La structure actuelle de notre pyramide des âges montre l'arrivée à l'âge de 60 ans en 2006 de la première génération du baby-boom (1946), ce sont d'abord, les plus jeunes dont la part va augmenter. Entre 2035 et 2050, la croissance de cette classe d'âge ralentira puisqu'elle arrivera aux âges de forte mortalité. (cf.annexe1)

Tableau 1 : Evolution de la population des 60 ans et plus



Source : INSEE (Hypothèses : mortalité tendancielle, Fécondité 1,8, Migrations nettes 50000 par an), sept 2002

Tableau 2 : Evolution du nombre de 80 ans et plus



Cette explosion démographique des seniors va engendrer un vieillissement de la population : plus d'un Français sur trois sera âgé de plus de 60 ans en 2050, contre seulement un sur cinq en 2000.

ii. Corrélation inéluctable au vieillissement : la dépendance

Définition de la dépendance

Deux grands types de dépendance sont recensés par les professionnels de santé : la dépendance permanente et la dépendance temporaire. Outre le caractère temporel qui les différencie, elles ne concernent pas les mêmes catégories d'individus et impliquent des prises en charge particulières.

1. La dépendance permanente

Il existe, pour décrire et définir les conséquences du vieillissement chez les personnes âgées et les maladies dégénératives de l'âge adulte, plusieurs termes, qui recouvrent des réalités plus ou moins larges. C'est ainsi que sont couramment utilisées les notions de dépendance, invalidité, incapacité, handicap, perte d'autonomie,

déficiences... Par ailleurs, la dépendance peut être physique mais également psychique.

On retiendra néanmoins la définition partagée par tous les professionnels de la dépendance : « Sont dépendantes les personnes adultes qui dépendent d'une autre pour les actes de la vie quotidienne, que ce soit pour les actes élémentaires de la vie courante (s'habiller, faire sa toilette, manger, se déplacer) ou pour les tâches domestiques (faire les courses, prendre ses médicaments, préparer des repas). »

S'il faut admettre que la grande majorité des dépendants permanents sont des personnes âgées, il peut arriver bien avant l'âge de la vieillesse des handicaps invalidants définitifs.

Ces personnes, qui ne peuvent pas rester à domicile du fait de la lourdeur et du coût de prise en charge de leur dépendance, sont hébergées dans des structures d'accueil appropriées : les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), anciennement dénommés maisons de retraite médicalisées. Pour celles qui peuvent rester à domicile, des besoins d'assistance médicale et paramédicale, techniques et des services sont nécessaires. Elles sont alors prises en charge par une structure de AMTD.

2. La dépendance temporaire

La dépendance temporaire concerne essentiellement :

- Des patients qui, après une intervention chirurgicale, doivent faire l'objet de soins pendant une période limitée.
- Des patients atteints d'affections à évolution prolongée ou chroniques, qui présentent une altération évolutive de leur état, nécessitant une prise en charge médicale incompatible avec un maintien à domicile.

Tous les patients souffrant d'une dépendance temporaire ne peuvent être pris en charge à leur domicile compte tenu de la complexité des soins à dispenser et de la surveillance médicale permanente que leur état de santé impose. Ils sont alors accueillis au sein d'établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) pendant une période limitée, sur la base d'un projet individualisé, établi à partir d'un bilan global des problèmes médicaux, psychologiques et paramédicaux du patient.

Mesure de la dépendance :

De nombreuses grilles d'évaluation sont utilisées pour mesurer la dépendance, chacune mettant l'accent sur une approche de la question. La grille Colvez est un indicateur simple mesurant la perte de mobilité. L'indicateur Katz évalue la capacité de la personne à réaliser 6 activités de la vie quotidienne et définit 8 niveaux de dépendance.

La procédure AGGIR (autonomie gérontologique groupe iso-ressources) est un « outil multidimensionnel de mesure de l'autonomie, à travers l'observation des activités qu'effectue seule la personne âgée » (Bontout et al. 2002) : s'habiller, se repérer dans le temps et l'espace, s'alimenter, se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur... Cet outil permet de classer la population selon son degré de dépendance (**Tableau 3**). Pour chacune des 10 activités évaluées, on détermine une note selon que la personne (cf.annexe 2) :

- fait l'activité seule, totalement, habituellement et correctement (note A)
- ne fait pas l'activité (note C)

A partir de ces observations, on définit par un algorithme 6 groupes appelés « groupes iso-ressources » (Gir 1 à Gir 6). Les personnes d'un même groupe « peuvent avoir des profils d'incapacité différents, mais ont besoin d'une même quantité

d'heures de soins » (cf. Bontout et al. 2002). Le groupe 1 rassemble les individus les plus dépendants, nécessitant la présence permanente d'une aide ; le groupe 6 rassemble les personnes n'ayant besoin d'aucune aide pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

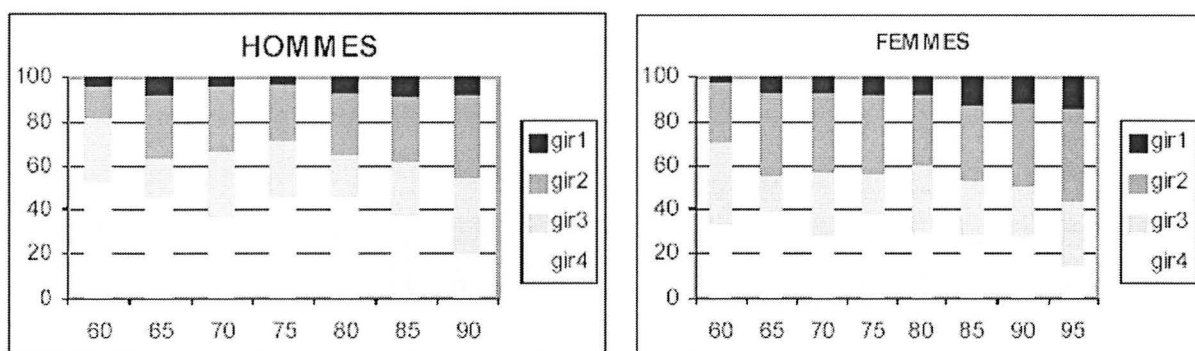
La définition du groupe Gir reste cependant sensible aux notes attribuées à chaque activité. Ainsi, Colin et Coutton (2000) signalent que la modification de la note pour une seule activité peut faire basculer la personne dans un groupe Gir très différent. Ils citent un exemple où le passage de la note C à la note B pour l'activité « orientation » fait passer la personne de Gir 2 à Gir 6.

Le choix de l'indicateur définissant la dépendance est déterminant sur les résultats obtenus. Ainsi, Colin et Coutton (2000) chiffrent avec l'enquête INSEE HID (Handicap, Incapacité, Dépendance) le nombre de personnes âgées dépendantes à :

- 1,4 millions de personnes avec la grille Colvez (niveaux 1 à 3)
- 800 000 selon l'outil AGGIR (Gir 1 à 4)
- 700 000 selon l'indicateur Katz (besoin d'aide pour au moins deux des 6 activités de la vie quotidienne retenues)

La grille AGGIR est privilégiée car c'est celle qui est utilisée pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Une personne est donc considérée comme dépendante si elle entre dans le champ d'application de l'APA c'est-à-dire si elle a plus de 60 ans et appartient aux groupes Gir 1 à 4. Cette définition est « administrative » et non pas « fonctionnelle » puisque 93 % des personnes classées en Gir 5 et 22 % de celles classées en Gir 6 reçoivent également de l'aide (étude DREES 2001).

Tableau 3 : Répartition des personnes dépendantes française selon le groupe iso-ressources (Gir)

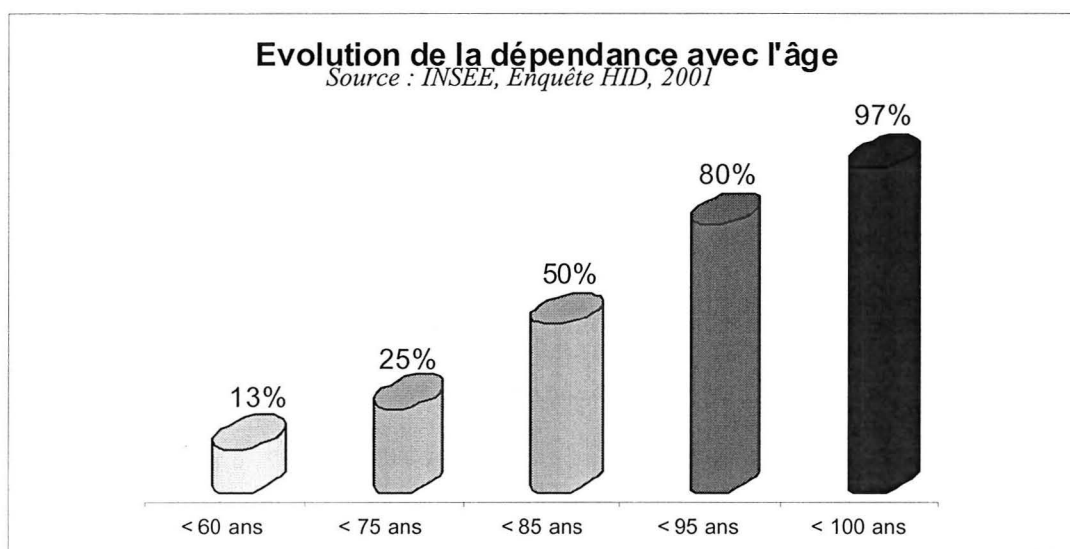


Source : Insee, enquêtes HID 1998-1999

Une forte croissance de la dépendance

Si l'espérance de vie augmente, l'âge moyen à partir duquel une personne âgée devient dépendante quant à lui reste stable. Il faut donc s'attendre à une explosion du nombre de personnes dépendante en France dans les prochaines années (**Tableau 4**). Sont aujourd'hui dépendantes 20% des personnes âgées de 75 ans, 45% des 85 ans et 75% des 95 ans.

Tableau 4 : Evolution de la dépendance avec l'âge

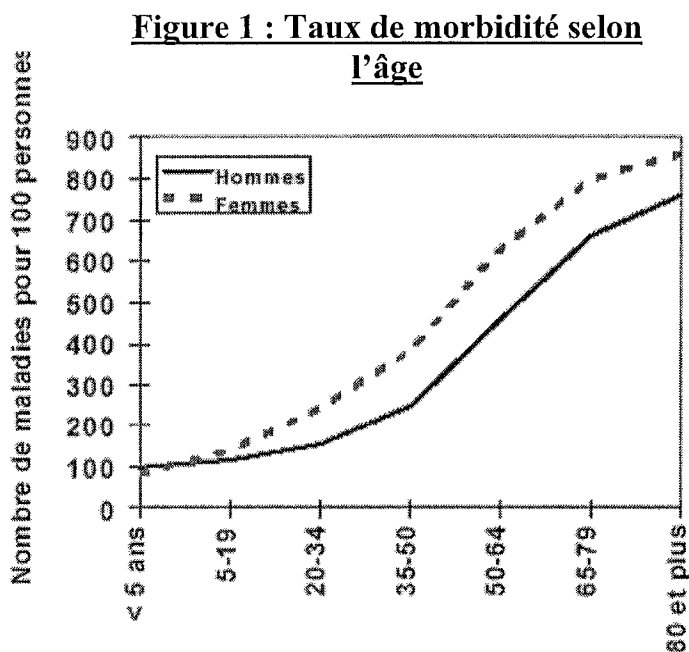


En conséquence, l'augmentation de l'espérance de vie liée à la stabilité des taux de dépendance par tranche d'âge, entraîne globalement des besoins de prise en charge. Sachant que de nos jours 94% des personnes âgées de plus de 60 ans vivent à domicile, l'AMTD a déjà commencé et va prendre une place importante dans les services de soins. Le pharmacien de ville, proche de ces personnes âgées dépendantes, peut contribuer à ces services de soins à domicile.

b. Facteurs pathologiques

L'augmentation du vieillissement que nous venons de décrire engendre, inéluctablement, l'émergence de pathologies lourdes comme la démence ou encore les états de grandes dépendances.

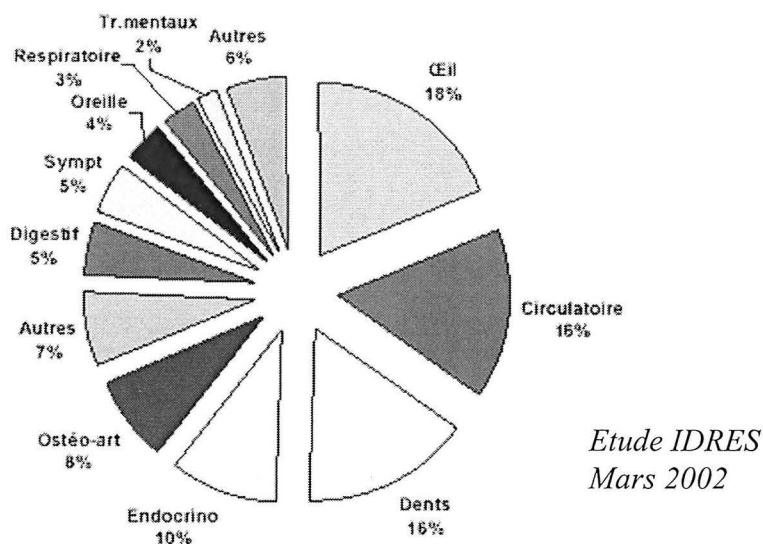
Le nombre de maladies augmente avec l'âge. En moyenne, chaque personne âgée de plus de 65 ans déclare 7,6 maladies un jour donné : 6,8 pour les hommes et 8,1 pour les femmes. La progression avec l'âge, très rapide chez les adultes, se ralentit chez les octogénaires (Figure 1).



Rapport annuel CPAM, déc. 2002

Chez les personnes âgées de plus de 65 ans il y a une importance des maladies chroniques relatives à l'appareil circulatoire, l'œil et aux dents (**Figure 2**) :

Figure 2 : les différentes pathologies chroniques des > 65 ans



Parmi ces pathologies la majorité nécessite des soins à domicile. C'est le cas pour 80% des surdités totales, 70% d'accidents vasculaires cérébraux et 75% de diabétiques. Mais aussi les soins à domicile s'expriment avec l'apparition de maladies chroniques. Comme par exemple :

- Les malades atteints du SIDA. Très autonomes mais dépendants sur le plan médical et psychologique. L'AMTD est une alternative au milieu hospitalier. Le malade peut ainsi « oublier » sa maladie en recevant des soins dans son lieu de vie.
- Les personnes atteintes de cancers, les insuffisants rénaux ou toutes les personnes atteintes d'insuffisances respiratoires (apnées du sommeil, IRC...) bénéficiant d'une hospitalisation partielle, ils peuvent avoir recours à de l'AMTD.

L'émergence des pathologies chroniques et de lourdes dépendances avec le vieillissement de la population entraînent des soins de plus de plus en plus fréquents. Sachant qu'en 2004 94% de personnes âgées vivent à domicile, les activités de l'AMTD ne vont faire que progresser au moins jusqu'en 2050, date à partir de laquelle un équilibre de la population devrait apparaître.

c. Facteurs Economiques

On estime à 23,8 milliards d'Euros, les dépenses occasionnées par la dépendance en France pour l'année 2003. Ce coût de prise en charge doublera en 20 ans. Alors l'alternative à l'hospitalisation s'intègre bien dans une politique économique afin de diminuer les dépenses de santé en matière de dépendances sachant que pour l'HAD une économie de plus de 300€ par jour par personnes pris en charge est effectuée. De plus les experts estiment qu'afin de couvrir les besoins de la population il manquerait 200 000 lits d'hébergement pour personnes dépendantes d'ici à 2010. Vivre sa dépendance à domicile est donc d'une part un bien être et une solution de baisse de coût de santé.

Mais il faut être conscient que la prise en charge à domicile a un coût. L'Assurance Maladie finance les services de soins à domicile. Ces services pris en charges sont des soins dispensés par des infirmières et des aides soignantes aux personnes âgées et/ou dépendante. Chaque jour en moyenne, plus de 67 000 personnes sont prises en charge par un service des soins à domicile.

En 2002, les dépenses de l'Assurance Maladie pour ce secteur se sont élevées à 470 millions d'Euros (+12,3% par rapport à 2001). La progression de ces dépenses s'explique par l'augmentation du nombre de places de soins à domicile notamment dans l'HAD (+4,8% en 2002) et par la revalorisation des financements de l'Assurance Maladie. Les dépenses moyennes s'élèvent à 10 368 Euros par an et par bénéficiaire.

Le marché de l'AMTD étant en forte croissance il a besoin d'acteurs professionnels puissants, formés et de qualité pour répondre aux besoins de la population française. Le pharmacien, ayant tous les qualificatifs requis, doit agir vite pour prendre sa place définitivement dans ce secteur en mutation.

II. Les différents types de prestations en France

Il existe plusieurs solutions de prises en charge pour les personnes dépendantes en France : en établissement (non détaillé dans cette étude) et à domicile.

Les patients souffrant d'une dépendance permanente, sont hébergés dans des structures d'accueil appropriées : **les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)**, anciennement dénommés maisons de retraite médicalisées. Les patients souffrant d'une dépendance temporaire sont accueillis au sein **d'établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)** pendant une période limitée, sur la base d'un projet individualisé, établi à partir d'un bilan global des problèmes médicaux, psychologiques et paramédicaux du patient. Tous ces patients peuvent également, en fonction de leur état de santé, être hospitalisés pour une période plus ou moins longue.

L'assistance médico-technique à domicile recouvre des prestations larges et s'adresse à une population hétérogène regroupant les personnes malades, handicapées ou en difficulté en raison de leur âge, souffrant de dépendance permanente ou temporaire.

Sa vocation est d'éviter le placement dans une structure spécialisée d'une personne nécessitant une assistance et de lui permettre de vivre dans son lieu d'habitation. Toutes ces prestations exigent l'obtention d'agrément préalable, délivrés par des instances tutélaires diverses (DDASS, Conseil Général, CRAM et CPAM, DDTEFP...), selon des procédures complexes.

Concernant les services à la personne, l'agrément qualité, obtenu auprès des conseils généraux, permet de facturer des prestations avec une TVA réduite (5,5%) et de faire bénéficier à l'utilisateur, de réductions fiscales (50% du montant des prestations).

a. Une histoire de plus de deux siècles

En 1790, le président du comité de Mendicité de l'Assemblée Constituante, LA ROCHEFOUCAULD LIANCOURT formalise pour la première fois le concept de retour au domicile lors de sa réforme des hôpitaux.

La première expérience de HAD voit le jour aux USA en 1945 par le Docteur BLUSTONE qui, confronté au problème de la surpopulation dans son service, a décidé de suivre à domicile certains de ses patients dont l'état de santé le permet. En 1947 est alors fondé le « Home Care ».

En France, elle est expérimentée à partir de 1951 à l'instigation du Docteur SIGUIER de l'hôpital de Tenon qui est confronté au même problème de surpopulation que son confrère américain 6 ans plutôt. Il se déplace alors aux Etats Unis pour étudier son système. En 1957 le premier malade est accueilli dans la structure de l'HAD AP-HP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris). Une variante apparaît dans le système de soins en France car c'est le médecin de ville qui prend en charge le patient dans son lieu de vie alors qu'aux USA, le médecin hospitalier se déplace au domicile.

Dès 1958 la première structure d'hospitalisation à domicile gérée par une Association à but non lucratif est créée à Puteaux (92) par le Professeur DENOIX, émanation de centres anticancéreux dont l'institut Gustave Roussy à Villejuif : « Santé Service ».

En 1960 une première convention fut signée entre les deux structures existantes et la Caisse d'Assurance Maladie. Elle est la reconnaissance par les pouvoirs publics et l'exact point de rencontre entre la médecine de ville et la médecine hospitalière.

Dans les années 1980, parallèlement à l'apparition de nouvelles technologies et traitements ambulatoires, se développent les services de MAD (Maintien à Domicile) et de SAD (Soins à Domicile).

Dans les années 70-80, l'HAD se développe rapidement encouragé par les pouvoirs publics (Réforme du 30 décembre 1970, reconnaît le principe de l'HAD comme une extension de l'hôpital public), une politique économique de restriction budgétaire de santé et l'apparition de nouvelles techniques médicales.

Malgré la circulaire interministérielle du 12 mars 1986, publié au Journal Officiel du 19 mars 1986 (cf. annexe 3), élargissant et facilitant l'HAD, celle-ci connaît un ralentissement.

Le décret du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives (cf. annexe 4), officialise l'HAD comme une véritable alternative à l'hospitalisation. La circulaire N° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 (cf. annexe 5), définit le champ d'intervention et élargie le champ de compétence de l'HAD : sur la base d'un projet thérapeutique clinique et psychosocial.

b. L'hospitalisation à domicile (HAD)

i. Définition

L'HAD fait partie, depuis la loi portant sur la réforme hospitalière du 31 juillet 1991 et les décrets de 1992, des **alternatives à l'hospitalisation**. Il a pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Elle se définit de la façon suivante : « permet d'assurer au domicile de tout patient à l'exception des malades mentaux, dont l'état de santé ne justifie pas le maintien en structure

hospitalière, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés, pour un période limité mais révisable en fonction de l'évolution de son état ».

La nouvelle circulaire du 30 mai 2000 précise cette définition et le champ d'intervention de l'HAD : elle concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, sur la base d'un projet thérapeutique, clinique et social.

Plusieurs études, réalisées ces dernières années, ont permis de constater le faible développement de l'Hospitalisation à Domicile. Seulement 4 732 places sont installées en France dans 132 structures (Circulaire DHOS/O n° 2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile) et sont particulièrement mal réparties géographiquement. Des très fortes inégalités ont été relevées selon les régions. Actuellement, seule la moitié des départements est pourvue de structures d'HAD. Le taux d'équipement moyen est de 6,8 places pour 100 000 habitants.

Jusqu'à présent, seuls les hôpitaux et le milieu associatif disposaient de places d'HAD. Mais en 2002 deux structures à but lucratif sont parvenues à briser ce monopole en obtenant des autorisations d'HAD (30 lits pour la société MEDIDEP et 10 pour la société DOMUS VI). L'autorisation d'ouverture de lit HAD est conditionnée par l'accord des agences régionales d'hospitalisation (ARH) et donc la carte régionale sanitaire. Mais la faible perspective de rentabilité économique de ces structures n'entraîne pas un intérêt marqué des structures nationales ou autres à forte visée économique.

ii. Admission et sorties des patients

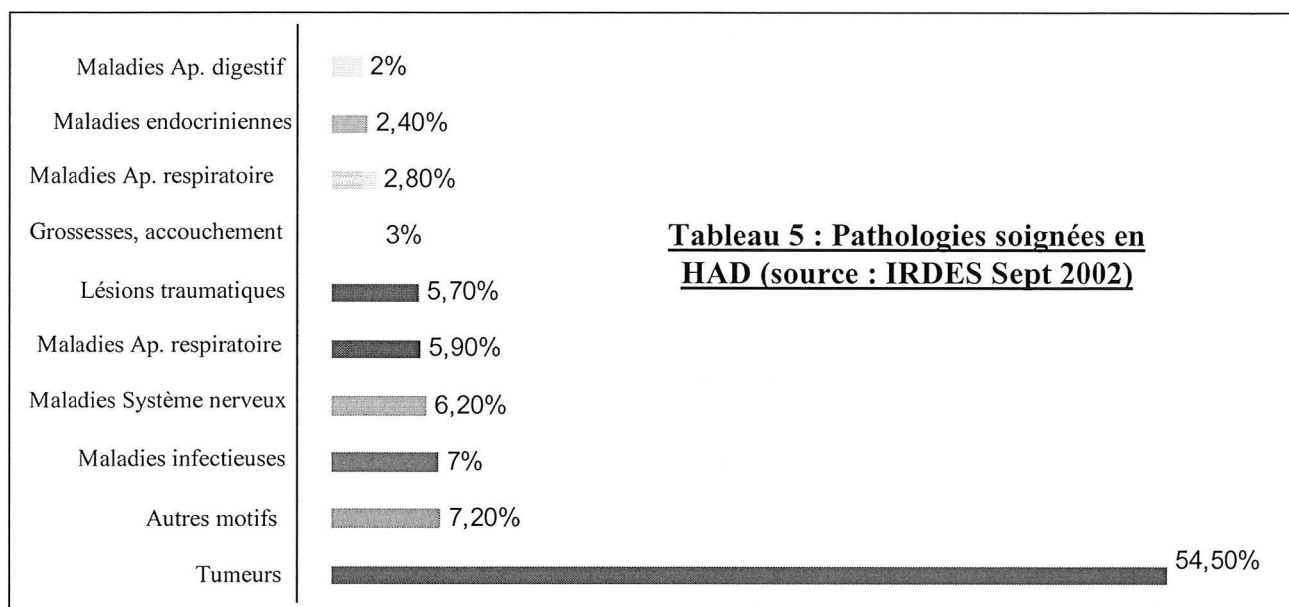
L'admission d'un patient dans une structure HAD, est prononcé par le directeur de la structure et après avis du médecin coordinateur sur prescription médicale par un médecin hospitalier (suite à une hospitalisation, une consultation hospitalière) ou un médecin traitant (Décret du 02 octobre 1992). L'HAD n'est qu'une extension de

l'hôpital au domicile du malade ; les structures HAD essayent donc de répondre aux exigences des bonnes pratiques hospitalières. Certains établissements mettent en place un projet thérapeutique lors de l'admission du patient. Ce projet thérapeutique répond aux propos de Mme RODRIGUEZ, directrice de HAD AP-HP : « Une HAD réussie est une HAD bien préparée ».

Le consentement du malade et celui de la famille sont indispensables à une demande d'admission. La prise de conscience du malade ou de son entourage permet d'une part d'informer l'entourage du patient sur le déroulement d'une HAD et le rôle des différents acteurs, et d'autre part d'impliquer les proches du patient. Même si l'HAD est une prise en charge par du personnel soignant 24h/24 l'entourage à un rôle important dans le processus de guérison ou d'accompagnement.

La mission du médecin coordinateur est de veiller au bon déroulement médical, notamment en planifiant et assurant les consultations hospitalières, mais c'est le médecin traitant ou une infirmière coordinatrice qui va suivre le patient tout au long de sa prise en charge à domicile. C'est donc à lui, de nos jours, d'assurer le lien entre l'hôpital, l'unité de soins à domicile et le patient.

Même si la circulaire du 30 mai 2000 précise que l'HAD doit être réservée aux patients contractants une pathologie grave, aiguë ou chronique, aucun type de pathologies (sauf pour les malades mentaux) ne peut être une cause de non-admission. Si les tumeurs représentent plus de la moitié des admissions en hospitalisation à domicile (53%), de très nombreuses autres maladies sont prises en charge en hospitalisation à domicile (**Tableau 5**).



Au même titre que l'admission, la sortie du patient de HAD est prononcée sur prescription médicale dans plusieurs cas : l'objectif thérapeutique est atteint, une ré-hospitalisation est nécessaire, le directeur de l'HAD déclare une impossibilité de pratiquer les soins au domicile, le patient ne désire plus être pris en charge, le malade décède.

iii. Le coût d'une HAD

Sur un plan administratif, si le malade est un assuré social alors il peut bénéficier d'une prise en charge totale ou partielle des frais de séjours.

D'après une enquête de juin 2003 de IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) le coût moyen global de l'hospitalisation à domicile (HAD) est estimé à environ 140 € par journée. Ce coût englobe les prestations incluses dans le prix de journée des structures d'HAD (119€) et les éventuelles consommations remboursées en sus par l'Assurance maladie (21€, Soit 15 % du total). Le coût médical direct, c'est-à-dire le coût des soins délivrés au patient, représente environ 70 % du coût global, soit 98€. Les 30 % restants se répartissent entre la coordination médico-sociale (temps consacré par l'équipe de l'HAD aux tâches de coordination) et les frais de fonctionnement de la structure d'HAD. Les

soins infirmiers rassemblent 39 % du coût médical direct, suivis de la pharmacie (21 %) et du matériel médical (18 %).

Ce coût par journée varie fortement suivant les différents critères relatifs à la fois à l'état de santé du patient et à la structure d'HAD. Or, la tarification actuelle n'en tient pas compte : au sein d'une même structure, les journées sont rémunérées par un prix de journée uniforme. Les facteurs explicatifs des variations du coût médical direct sont, par ordre décroissant d'influence : la durée de séjour, la nature du protocole de soins principal, le mode de sortie d'HAD, l'âge et la dépendance locomotrice du patient. S'y ajoute le statut de la structure. A partir de ces éléments, le plan hôpital 2007 prévoit une nouvelle tarification à l'activité pour l'HAD. On observe que les prix de journée, fixés par le Préfet après inspection de la CRAM et la DDASS, peuvent varier de 47€ à 250€ suivant les régions et les établissements.

iv. L'organisation des soins en HAD

L'hospitalisation en HAD reste une hospitalisation qui demande une organisation rigoureuse. Le patient est donc pris en charge par une équipe pluridisciplinaire très souvent organisée comme un service hospitalier. Cette équipe constitue un réseau de soins qui permet la sécurité des soins, la continuité des soins et la coordination des soins. Rendant ainsi un service optimal au patient.

L'équipe est le plus souvent composée de :

Professionnels HAD

- Médecin coordinateur
- Infirmière
- aide-soignante
- Kinésithérapeute
- Diététicien
- Psychologue
- assistante sociale
- Ergothérapeute

Partenaires libéraux

- Médecin traitant
- infirmière libérale
- Pharmacien
- Aide à domicile
- Sage-femme

Les partenaires libéraux peuvent être choisis par le patient ou son entourage mais doivent, afin de préserver la continuité des soins, être stable pendant la durée de l'hospitalisation. Le paiement de leurs prestations est pris en charge par la structure HAD.

v. Exemple de l'HAD à Paris

L'HAD AP-HP est la première structure de HAD en France. Elle est créée en 1957 à l'hôpital de Tenon. Cette structure est organisée comme un service hospitalier classique. Elle est devenue en plus de 50 ans la plus grosse institution française d'HAD avec une capacité d'accueil de 820 places, Son rayon d'action est basé sur 108 communes et Paris.

En quelques chiffres l'HAD AP-HP c'est :

- 1000 malades/jours
- 610 professionnels HAD

- 3220 partenaires libéraux dont médecin, infirmiers, kinésithérapeute, sages-femmes...
- 250 véhicules dont plus de 1 million de km/an

En HAD on trouve les mêmes services et/ou spécialités que dans un hôpital traditionnel soit :

UN SERVICE MEDICAL DE COORDINATION :

- 1 PH temps plein
- 6 équivalents temps plein
- 3 psychologues cliniciennes.

LES SERVICES DE SOINS

- 8 services de soins adultes comprenant : 8 unités de coordination et 16 unités de soins
- 1 service de pédiatrie comprenant : 1 unité de coordination, 2 unités de soins, 1 service de nuit, 1 service obstétrique.
- 1 service de rééducation : kinésithérapie, ergothérapie
- 1 service diététique
- 1 cadre infirmier expert en hygiène
- 1 cadre supérieur infirmier expert en soins

La logistique

- 1 service pharmacie
- 1 service Nutrition Parentérale à Domicile (N.P.A.D.)
- 1 magasin hôtelier et médical
- 1 service logistique administratif
- 1 service "central courses" livraisons des malades et des services.

L'administration

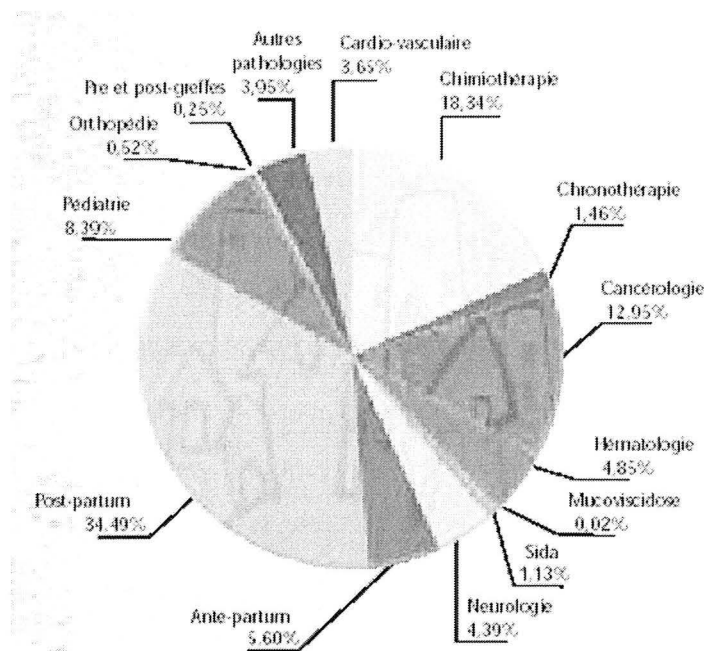
Une direction d'établissement avec les services classiques d'un hôpital :

- 1 directeur d'établissement
- 1 direction des services de soins infirmiers
- 1 direction des investissements des travaux et de la qualité
- 1 direction des ressources humaines
- 1 direction des finances
- 1 direction économique et logistique (fournisseurs)
- 1 régie
- 1 délégation formation
- 1 direction informatique
- 1 délégation communication.

Cette structure au même titre que les hôpitaux français mène une véritable politique en matière de qualité. En effet le service HAD a présenté à l'AP-HP un dossier sur le bilan des actions qualité et sécurité menées pour préparer l'HAD à la visite d'accréditation. Une auto-évaluation à blanc a même été réalisée pendant le dernier trimestre 2003 afin de « *réajuster le plan d'amélioration de la qualité et de définir les actions prioritaires à mettre en œuvre pour l'année 2004* ».

Les admissions des patients par pathologie dans cet établissement sont réparties de la façon suivante : 34% d'entre elles sont dues à des syndromes survenant après un accouchement (post-partum), 18% sont dues à la prise en charge de cancer (**Figure 3**).

Figure 3 : Répartition des admissions à l'HAD AP-HP selon le type de pathologie



Source : Rapport d'activité 2003 de l'HAD AP-HP

Sur l'année 2003 l'HAD de AP-HP a pris en charge 12 965 personnes (soit une baisse de 0,99% par rapport à 2002) avec un tarif journalier réparti en deux catégories (1 : 207€, 2 : 106€), **Tableau 6**.

Tableau 6 :

NOMBRE D'ADMISSIONS PAR GROUPE DE PATHOLOGIES			
Chimiothérapie	2 380	Anté-partum	727
Chronothérapie	190	Post-partum	4 475
Cancérologie	1 680	Pédiatrie	1 089
Hématologie	629	Orthopédie	68
Mucoviscidose	3	Pré et post-greffes	33
Sida	146	Autres pathologies	512
Neurologie	570	Cardio-vasculaire	473

Source : Rapport d'activité 2003 de l'HAD AP-HP

La prise en charge de ces patients en 2003 engendre des dépenses d'exploitation s'élevant à 45,3 M€ pour des recettes d'exploitation de 42,7 M€ soit un déficit, que seule une institution publique peut se permettre, de 2,6 M€ (**Tableau 7**) :

Tableau 7 : Structure des dépenses et recettes d'exploitation

Structure des Dépenses d'Exploitation (en M€)

Hotelier	5,80
Medical	13,28
Personnel	25,78
Personnel Medical	0,65

Structure des Recettes d'Exploitation (en M€)

Dotation Globale	41,025
Produit de l'Activite Hospitaliere	1,03
Recettes de Groupe 3	0,71

Source : Rapport d'activité 2003 de l'HAD AP-HP

c. Les services de Soins Infirmiers et d'aide à Domicile

Grâce au décret n° 2004-613 du **25 juin 2004** les services de soins, d'aide et d'accompagnement ont subi une réforme importante. Cette réforme redéfinit en catégories distinctes les différents types de services pouvant être exercés par des structures et ainsi prendre en charge le patient financé par l'assurance maladie.

Le décret donne une définition claire des soins infirmiers et d'aide à domicile ainsi que les organismes exerçant cette activité. Auparavant les sigles rencontrés étaient multiples (SAD, SIAD, SSAD, SGAD...) et les limites de soins obscurs. Par ailleurs, il abroge le décret n° 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées.

Tous ces services comme nous allons le voir sont assurés par des organismes, possédant un local, et coordonné par une infirmière ou un médecin. Sur le terrain la majorité des organismes de SSIAD sont effectués par des structures associatives de type loi 1901. On en dénombre en France plus 1500 (pour 55 000 lits). Souvent

locales et émanant de collectivités publiques, ces associations à but non lucratif, répondent généralement à une préoccupation sociale.

i. Le Service de Soins à Domicile (SSIAD)

1. Définition

Comme l'HAD le soin infirmier à domicile est une ouverture de l'Hôpital vers l'extérieur et une alternative à l'hospitalisation, en relation avec les infirmières libérales, le corps médical, les autres auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, etc.) et les aides-ménagères.

Le SSIAD doit être exercé au sein d'un organisme gestionnaire. Afin de garantir la continuité des soins et leur bonne coordination, les services de soins infirmiers à domicile assurent eux-mêmes, ou font assurer, les soins quel que soit le moment où ceux-ci s'avèrent nécessaires.

Il permet de maintenir ou faire revenir le plus rapidement possible la personne à son domicile. Ces services répondent aux besoins des français pour qui 70% d'entre eux désire être soigné chez eux (IRDES).

Mais le SSIAD se différencie des services de l'HAD par la prise en charge de malades atteints de pathologies moins lourdes et donc par une moindre densité des soins. Ces structures dispensent donc tous les soins ne justifiant pas une hospitalisation, ainsi que toute aide permettant d'accomplir les actes de vies essentiels.

2. Réglementation

Quatre documents régissent l'activité de SSIAD en France :

- La loi du 04 janvier 1978 a donné une base légale à la création de services SSIAD, en accordant une prise en charge forfaitaire par l'assurance maladie des dépenses de soins paramédicaux.
- Puis le décret du 8 mai 1981 et la circulaire du 1^{er} octobre 1981 ont officialisé le SSIAD en définissant les modalités d'ouvertures et de prises en charge.
- Le Décret n° 2004-613 du **25 juin 2004** (cf. annexe 6) précise les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile. On attend toujours la circulaire ministérielle pour plus d'information sur l'application de ce décret.

Le forfait journalier est pris en charge à 100 % par tous les organismes d'assurance maladie et comprend l'action des soins infirmiers et, éventuellement, s'ils sont nécessaires, les aides-soignantes. Le service de soins reçoit un financement sous forme d'un forfait global et annuel sur une proposition budgétaire auprès des DDASS (direction départementale des affaires sanitaires et sociales). Les dépenses pharmaceutiques, les consultations médicales, les analyses ne sont pas incluses dans l'action du SSIAD, et restent donc à charge la charge du malade.

3. Admission

On observe depuis 1981 une montée en puissance des SSIAD ; au nombre de 100 en 1981, ils étaient 1 600 en 2000 pour une capacité d'environ 60 000 places.

L'admission se fait sur prescription du médecin traitant qui établit un certificat médical spécifiant l'intervention du SSIAD, et qui assure la direction et la responsabilité du traitement. La surveillante, coordinatrice, évalue et recueille tous les renseignements administratifs indispensables (caisse de Sécurité Sociale, numéro d'immatriculation etc.). Elle met à disposition des intervenants classiques du SSIAD. L'horaire des soins est en fonction du traitement nécessaire, tout en tenant compte des possibilités des différents intervenants.

Peuvent être pris en charge toutes personnes de 60 ans et plus, malades ou dépendantes, ainsi que les personnes de moins de 60 ans sur avis du contrôle médical, lorsque celles-ci présentent les caractéristiques d'un vieillissement prématuré ou sont atteintes d'une maladie invalidante.

Ces prises en charges permettent de maintenir à domicile les personnes malgré les difficultés qui peuvent être causées par leur état de santé.

Ces services de soins à domicile permettent donc : de prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état de santé de la personne âgée, de prévenir ou retarder l'hospitalisation ou l'hébergement en institution et de favoriser le retour à domicile, après une phase aiguë d'hospitalisation.

4. Soins et Intervenants

Les soins dispensés sont des actes infirmiers techniques ou de base, des soins d'hygiène générale et l'aide à l'accompagnement. En plus le patient ou la structure qui prend en charge le SSIAD peut faire appel à des services de soutien à domicile tels

que le portage de repas, l'aide ménagère et la télésurveillance (en relation avec des organismes de types Europ-assistance). Dans ce cas le patient doit payer les actes supplémentaires. Mais le SSIAD n'est pas un substitut de la famille ou de l'entourage, il en est le complément.

Les intervenants salariés de l'organisme ou mandatés peuvent être une infirmière, un kinésithérapeute, une auxiliaire de vie aides médico-psychologiques ou encore une aide soignante. En cas de nécessité et rémunéré(e) à l'acte peuvent intervenir le médecin traitant et une infirmière libérale. Ce service financé par l'assurance maladie a ses limites et ne peut en aucun cas remplacer ou assurer une hospitalisation à domicile.

ii. Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile assurent, au domicile des personnes ou à partir de leur domicile, des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne. Les actes effectués dans le cadre de cette prise en charge sont moins soutenus que lorsque d'un SSIAD. L'exercice de ses activités est défini par le décret du 25 juin 2004.

Les SAAD concourent donc :

- Au soutien à domicile
- A la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne
- Au maintien ou au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Le SAAD est la pièce maîtresse du soutien à domicile, avec en outre un rôle majeur de prévention. Ainsi fin 1999, 800 000 personnes âgées en bénéficiaient. Trois fois sur quatre, il s'agit de femmes vivant seules, à revenus très modestes et le plus souvent, pour de petites prises en charge de 10 à 20 heures par mois.

Le SAAD ne doit pas être considéré comme une aide ménagère. Toutefois, cette aide a ses limites ; quand la grande dépendance s'installe, elle ne suffit plus ; le problème du devenir de la personne âgée est posé et, en l'absence de solidarité familiale ou de voisinage, une entrée en institution est à programmer.

Le service de SAAD sélectionne ses intervenants en recherchant stabilité, honnêteté efficacité, écoute, discrétion... De plus, il s'attache à faire bénéficier son personnel de la réglementation sur la formation professionnelle continue. Ce service est octroyé aux personnes âgées de 65 ans ou de 60 ans en cas d'inaptitude au travail et qui ont un état de santé nécessitant une aide pour les actes de la vie quotidienne.

Ces prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. Elles sont réalisées par des aides à domicile, notamment des auxiliaires de vie sociale. Ici encore, afin de garantir la continuité des interventions et leur bonne coordination, les services d'aide et d'accompagnement à domicile assurent eux-mêmes ou font assurer, les prestations, quel que soit le moment où ceux-ci s'avèrent nécessaires.

Contrairement aux SSAID qui sont pris en charge par l'assurance maladie via les DDASS, les services de SAAD sont financés par des caisses de retraites types CNAV ou autres allocations et dotations.

iii. Les services polyvalents

La plupart des organismes qui traitent la prise en charge des personnes à leur domicile ont développé le couple Soins-Aide. Cet aspect permet de maintenir la chaîne de prise en charge. Ils proposent donc des SSIAD et des SAAD.

L'élaboration d'un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins, sur la base d'une évaluation globale des besoins de la personne, est conduite par une équipe pluridisciplinaire composée des personnels du SSIAD (infirmiers, kinésithérapeute...) et du SAAD (auxiliaire de vie sociale)

Les organismes dits polyvalents sont soumis aux mêmes exigences que ceux précédemment cités en terme d'exercice de leurs fonctions.

d. Le maintien à domicile (MAD)

i. Définition

La notion de « maintien à domicile » recouvre une grande diversité de dispositifs. Il ne correspond à aucune structure au sens juridique ou médical. Il n'est donc régi par aucune circulaire réglementaire. Pour le définir nous pouvons reprendre la définition de M. Philippe Douste-Blazy, Ministre de la Santé : « *Le MAD recouvre des prestations larges, prenant en charge toute personne atteinte par une perte partielle ou définitive de son autonomie physique et mentale.* »

La MAD s'inscrit donc aussi comme une alternative à l'hospitalisation ou le placement en structures spécialisées, permettant à l'usagé (malade ou handicapé) de vivre dans son lieu d'habitation. Les différences avec les activités de SSIAD et SAAD se font d'une part sur le fait qu'il n'y a aucune limite d'âge pour la prise en charge et

d'autre part sur le mode de financement. En effet l'usagé de MAD peut dans certains cas avoir une aide sociale mais dans tous les cas, il paye à l'acte toutes les prestations.

ii. Les prestations et leurs modes de financement

Les prestations de services consistent en l'installation au domicile de l'usagé, sur prescription médicale, du matériel de soins ou non destiné à la prise en charge d'un traitement médical. A cela s'ajoute l'intervention au domicile pour la maintenance, l'entretien de spécialistes et du personnel soignant pour prendre en charge si nécessaire la pathologie.

Au sens large le MAD comprend donc les activités suivantes :

- **Location/vente de matériel médical** (lit médicalisé, matelas anti-escarre, fauteuil roulant...)
- **Fourniture de prestations médicales** (oxygénothérapie, aérothérapie, perfusions, nutrition...)

Il est bien entendu que peuvent s'ajouter si nécessaire les prestations de SSIAD et SAAD. Mais, malgré l'impérieuse nécessité d'offrir au domicile des personnes dépendantes une offre de prise en charge globale, intégrant les SSIAD, les SAAD et le matériel, aucun opérateur privé, public ou associatif n'a pu proposer la totalité de ces prestations.

Les prestations du MAD sont réalisées par des sociétés de locations de matériel médical qui en plus de leur activité de location proposent des services de maintenance, entretien et approvisionnement. D'autre part des structures privées lucratives ou associatives mettent à disposition de l'usager du personnel médical (infirmière, aide soignante) ou de soutien de vie (aide ménagère ...). Pour des raisons de commodité la ou les prestations sont effectuées par des prestataires salariés de la société, car le client

âgé (dans 90% des cas) ne pourrait pas avoir la responsabilité d'une personne mandataire.

Toutes ces prestations ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie, l'utilisateur paye donc à l'acte. En ce qui concerne le matériel médical, les produits inscrits sur la LPPR (liste des produits et prestations remboursables) font l'objet d'un remboursement lorsqu'ils sont prescrits. De plus comme nous allons le détailler plus tard, les usagers de MAD peuvent avoir recours à diverses allocations.

iii. Les conditions d'exercices

Les conditions d'exercice étaient jusqu'à présent, peu nombreuses et de faible exigence pour les activités de MAD pures (Location/vente de matériel médical et fourniture de prestations médicales). Mais elles sont en train de changer suite à la convention nationale qui a précisé de nouveau les conditions relatives aux locaux. Par ailleurs l'AFNOR a rédigé une norme qui doit être mise en place par tous les prestataires de MAD.

En ce qui concerne les formations, à part pour les produits orthopédiques aucune formation n'est obligatoire. Même si la tendance penche vers une formation obligatoire pour les dispensations des DM mise à disposition à domicile à ce jour. Une seule autorisation est nécessaire, elle concerne la dispensation de l'oxygène qui doit être fait par un pharmacien ou sous le contrôle de celui-ci selon les Bonnes pratiques de dispensation de l'oxygène (BPDO). D'autre part un seul agrément retient l'attention, celui des Véhicules pour Handicapé Physique. Cet agrément doit être en possession du dispensateur final.

III. Les soutiens financiers et juridiques permettant l'AMTD

La demande de soins et de maintien à domicile est désormais solvable pour la quasi-totalité de la population. Au niveau collectif, la solvabilisation de la demande de soins à domicile est désormais assurée grâce :

- A la Couverture Maladie Universelle (au 1er janvier 2002, la CMU couvrait 4,3 millions de personnes)
- A l'APA (800 000 bénéficiaires en 2002)
- Aux financements provenant de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse et à l'Allocation Compensatrice à la Tierce Personne (ACTP) pour les personnes handicapées
- Aux assurances complémentaires

Selon le rapport de l'assurance 2003, les dépenses de l'Assurance Maladie pour ce secteur se sont élevées à 470 millions d'€ (+12,3%/2001). La progression de ces dépenses s'explique par l'augmentation du nombre de places de soins à domicile (+4,8% en 2002) et par la revalorisation des financements de l'Assurance Maladie. Les dépenses moyennes s'élèvent à 10 368 euros par an et par bénéficiaire.

a. Aides aux personnes âgées

i. Aides au logement

Les aides financières au logement représentent une pièce essentielle de l'aide aux personnes âgées. Ces aides au logement sont pour la plupart soumises à condition de ressources. C'est à dire qu'elles ont été pensées pour être attribuées exclusivement aux personnes disposant de ressources inférieures ou équivalentes au minimum vieillesse.

1. Allocation compensatrice tierce personne (ACTP)

L'allocation compensatrice est attribuée par la COTOREP et versée par le Département. Elle permet à la personne handicapée de faire face aux frais supplémentaires entraînés par le recours à une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de l'existence.

Il ne faut pas la confondre avec la "majoration tierce personne " qui peut être versée en complément d'une rente d'accident du travail, d'une pension d'invalidité ou bien d'une retraite. Le cumul de la majoration tierce personne et de l'allocation compensatrice est d'ailleurs interdit.

Les conditions générales d'attribution sont :

1) Etre âgé de 20 ans minimum. Toutefois, l'ACTP peut être attribuée dès l'âge de 16 ans si la personne ne peut plus prétendre aux allocations familiales.

2) Avoir un taux minimum d'incapacité de 80 %.

3) Ne pas bénéficier d'un avantage analogue au titre d'un régime de Sécurité Sociale (par ex : majoration de tierce personne de la Sécurité Sociale).

4) Répondre à l'ensemble des conditions administratives lors de l'examen des droits à l'allocation pour chaque période de 12 mois.

Le montant de son attribution varie de 372 à 744 € par mois en fonction des ressources du bénéficiaire et de selon la nature et la permanence du recours à une tierce personne définie par la COTOREP

2. Allocation de logement social (ALS)

L'Allocation de logement social (ALS) est une aide allouée soit par la Caisse d'allocations familiales (CAF) soit par la caisse de mutualité sociale agricole (MSA)

selon le régime d'affiliation. Certaines autres professions (marins, comédiens...) ont des organismes spécifiques de prestations familiales.

Elle contribue au paiement : d'un loyer, pour un locataire (un résident en maison de retraite par exemple), des remboursements mensuels d'emprunt pour un propriétaire. Pour en bénéficier il faut : résider en France et justifier d'un titre de séjour pour les ressortissants étrangers. Cette allocation est valable pour le logement principal uniquement (maison de retraite ou un centre de long séjour compris).

Le montant de l'allocation varie selon: la situation familiale, le montant des ressources, le montant du loyer ou des remboursements de prêt

3. Allocation de logement familiale (ALF)

Cette allocation est destinée à aider toute personne qui a une ou plusieurs autres personnes à charge vivant à son foyer, et notamment un ascendant de plus de 65 ans (60 ans s'il est inapte au travail ou infirme).

Peut en bénéficier toute personne répondant aux conditions suivantes : être marié depuis moins de cinq ans, sans enfant et avoir au moment du mariage moins de 40 ans, avoir à charge un ascendant de plus de 65 ans (60 ans s'il est inapte au travail ou infirme) vivant au foyer, ou encore percevoir déjà une prestation familiale.

Le montant varie selon:

- la situation de famille,
- le montant de vos ressources et celles des personnes vivant au foyer,
- le montant de votre loyer ou de votre remboursement.

Le barème est actualisé au 1er juillet de chaque année. Un loyer minimum ou une dépense de logement reste toujours à votre charge. L'allocation est attribuée pour un an et versée chaque mois.

4. Allocation personnalisée au logement (APL)

L'Aide Personnalisée au Logement est une aide de la Caisse d'allocations familiale. Elle permet à ses bénéficiaires, habitant chez eux ou en maison de retraite, de réduire leurs dépenses de logement en allégeant : la charge de prêt pour les accédants à la propriété et les propriétaires qui occupent leurs logements ou la charge de loyer pour les locataires.

Pour en bénéficier, il faut d'une part, être locataire ou propriétaire d'un logement occupé avec votre famille au titre de résidence principale et à usage exclusif d'habitation, être une personne âgée ou handicapée logée à titre onéreux par une famille d'accueil. Mais Peuvent également en bénéficier: Les titulaires d'un contrat "location-accession" à la propriété, les résidents d'un foyer conventionné de jeunes travailleurs, de personnes âgées, de travailleurs migrants, de personnes handicapées, ou d'un foyer dénommé "résidence sociale".

En revanche, vous ne pouvez bénéficier de l'APL si le logement vous est loué: par un de vos ascendant ou descendant, ou par un descendant ou ascendant de votre conjoint, concubin ou de la personne avec qui vous êtes lié(e) par un pacte civil de solidarité (PACS).

Le montant de l'APL dépend:

- du niveau de ressources de toutes les personnes vivant dans le logement,
- du nombre d'enfants et de personnes à charge,
- des dépenses de logement (loyer, remboursement des prêts et charges),
- de la zone géographique,
- pour les accédants à la propriété, de la nature de l'opération, du mode de financement, de la date de signature du contrat de prêt principal.

5. Aide à l'amélioration de l'habitat

Cette subvention de la Caisse nationale d'assurance vieillesse permet de financer, chez les personnes retraitées, la réalisation de travaux d'aménagement et/ou d'adaptation de leur logement pour contribuer à leur maintien à domicile.

Pour en bénéficier il faut : être titulaire d'une pension de retraite ou d'une pension de réversion du régime général de la Sécurité sociale, disposer des ressources inférieures à un plafond, et le montant varie selon que vous vivez seul(e) ou en couple.

Une seule aide maximale par période de cinq ans est fixée en fonction des ressources, de la situation familiale et du coût des travaux. Elle peut être complétée par d'autres financements légaux (prime à l'amélioration de l'habitat, agence nationale pour l'amélioration de l'habitat), ou facultatifs (régimes de retraite complémentaire, conseil général...).

Sont conventionnés en priorité tous les travaux et équipements qui favorisent le soutien à domicile d'une personne âgée handicapée : élargissement des portes, pose de barre d'appui, etc. Puis suivent les travaux d'entretien du logement (chauffage, électricité, etc.) et l'amélioration du cadre de vie (isolation thermique, blindage de porte, etc.). Si vous êtes propriétaire du logement, l'aide s'applique aussi à la conservation du gros oeuvre (maçonnerie, menuiserie...) et la mise en conformité (EDF, GDF, etc.)

ii. Aides fiscales

Les aides fiscales décrites et sélectionnées ici, concernent principalement la moitié de la population française : celle qui acquitte l'impôt sur le revenu. Ces aides ou exonérations fiscales ont toujours été jugées faibles ou peu cohérentes entre elles

au regard des coûts qu'engendre la perte d'autonomie. Elles permettent toutefois de soulager occasionnellement le budget des familles.

1. Exonération d'impôt sur le revenu

Une exonération d'impôt s'applique pour les contribuables ayant des revenus inférieurs à 4.261 € ou bien, dont le revenu global principalement composé de traitements, salaires, pensions et rentes viagères, et inférieur ou égal à 5 942 €, pour l'imposition des revenus de 2003 (déclaration 2004). Les personnes de plus de 65 ans au 31 décembre 2003 sont exonérées d'impôt si leur revenu n'excède pas 8 200 €.

2. Abattement d'impôt

Les personnes âgées qui touchent une pension de retraite ou une rente viagère à titre gratuit bénéficient de:

- l'abattement de 10 %, avec minimum de 376 € (825 € pour les chômeurs de longue durée), ni supérieure à 12 648 € par foyer fiscal pour l'année 2 003 (déclaration 2004).
- l'abattement de 20 % sur les traitements, salaires, pensions et rentes viagères à titre gratuit, déclarés spontanément. Il n'y a pas de minimum. En revanche : l'abattement est supprimé pour la fraction des sommes excédant 115 900 €.

Par ailleurs, les personnes âgées de plus de 65 ans au 31 décembre 2003 (donc nées avant le 1er janvier 1939) ou invalides, quel que soit leur âge, bénéficient d'un abattement spécial sur leur revenu ; cet abattement est de :

- 1 646 € lorsque le revenu net global du foyer fiscal ne dépasse pas 10 130 € ;
- 823 € lorsque le revenu net global du foyer fiscal est compris entre 10 130 € et 16 370 €.

Dans le cas d'un couple où chacun des époux a plus de 65 ans ou est invalide, cet abattement est doublé.

3. Réduction d'impôt pour rémunération d'aide à domicile

Les versements pour l'emploi d'un salarié au domicile du contribuable, situé en France, ouvrent droit à une réduction d'impôt de 50 %. Bénéficient aussi de cette réduction d'impôt les sommes versées aux mêmes fins soit à une association, soit à un organisme à but non lucratif ayant pour objet la fourniture de services aux personnes à leur domicile et l'aide à domicile et habilité au titre de l'aide sociale ou conventionné par un organisme de sécurité sociale, soit encore à une entreprise d'insertion ou à une entreprise privée agréée et ayant pour activité exclusive des tâches ménagères ou familiales.

Pour le calcul de la réduction d'impôt imputable sur l'IR dû au titre des revenus de 2003, les dépenses sont retenues dans la limite de 10 000 € ou de 13 800 € lorsque le contribuable ou l'un des membres de son foyer fiscal ou encore son ascendant est titulaire de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles.

Les contribuables peuvent également obtenir cet avantage à raison des rémunérations versées en 2003 aux salariés travaillant au domicile de leur ascendant lorsque celui-ci remplit les conditions d'âge et de perte d'autonomie prévues pour l'allocation personnalisée d'autonomie (code de l'action sociale et des familles, art. L. 232-1) ; la réduction d'impôt est alors calculée sur la seule fraction des rémunérations qui excède le montant de l'aide publique attribuée à l'ascendant. S'ils optent pour la réduction d'impôt, les intéressés doivent renoncer à déduire la pension alimentaire versée à ce même ascendant.

4. Exonération de charges sociales

Certaines personnes à faible revenu ou en raison de leur âge sont exonérées des charges sociales sur les salaires qu'elles versent à une aide à domicile

Sont exonérées de charges sociales sur l'embauche d'une aide à domicile (tierce personne):

- les personnes qui en 2003 ont perçu une pension de retraite du régime général (salariés) ou du régime agricole,
- les personnes qui ont bénéficié de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ou d'une majoration pour tierce personne,
- les personnes qui ont été dans l'obligation de recourir à une tierce personne.

En bénéficient également les personnes :

- âgées de 70 ans au moins et qui vivent seules,
- les personnes qui vivent en couple avec une personne âgée de 70 ans au moins (indépendamment des autres membres de la famille), et qui sont dans l'obligation de recourir à une tierce personne.
- les titulaires d'une pension d'invalidité civile ou militaire, âgés de 60 ans au moins, qui vivent seuls et sont dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne.

L'exonération porte sur 100 % du montant des cotisations, quel que soit le nombre de salariés employés comme aide à domicile. Toutefois, pour les périodes d'emploi postérieures au 31 mars 1999, elle est limitée à un plafond de rémunération égal à 467,35 € par mois (au 01/07/2003), pour les personnes âgées de plus de 70 ans non dépendantes.

5. Les autres aides fiscales

Sous certaines conditions, là encore, les personnes âgées vivant à leur domicile peuvent bénéficier d'exonération de taxe d'habitation ou de redevance télévision. Mais l'entourage de ces personnes peut aussi avoir recours à des avantages fiscaux. En effet des aides fiscales sont attribuées aux enfants de personnes âgées en perte d'autonomie, telles que des pensions alimentaires, aides en nature, frais pour l'embauche d'une aide à domicile...

b. Aides aux personnes adultes dépendantes

i. Aides financières

Les personnes adultes handicapées possèdent les mêmes aides que les personnes âgées pour le logement. Ainsi, ils peuvent bénéficier de : ALS, ALF, APL, l'aide à l'amélioration de l'habitat.

Par ailleurs, il existe des soutiens financiers spécifiques pour les personnes adultes handicapées. L'allocation adulte handicapée (AAH) et l'aide forfaitaire à l'autonomie.

L'AAH est accordée à toutes personnes adultes (âgées de plus de 20 ans) présentant des problèmes de santé limitant sérieusement leur autonomie personnelle, sociale et professionnelle. Ces problèmes de santé peuvent être d'ordre et d'origine diverses : maladies acquises, maladies congénitales, troubles psychiques, séquelles d'accidents... dont l'incapacité est évaluée par la COTOREP à 80% ou entre 50% et 80% si la personne est reconnue inapte à se procurer un emploi. Elle est fonction des revenus.

ii. Avantages fiscaux

Ils sont identiques que pour les personnes âgées.

c. Aides aux enfants malades

i. Aides financières

Elles sont identiques aux personnes âgées avec en plus une allocation spécifique : l'allocation d'éducation spéciale

L'allocation d'éducation spéciale peut être attribuée aux personnes ayant la charge de personnes handicapées pour leur permettre d'assumer les frais liés à cette charge. Peut l'obtenir, tout enfant handicapé, quel que soit le montant des revenus de sa famille, âgé de moins de 20 ans lorsqu'il est atteint d'une incapacité permanente reconnue par la commission départementale de l'éducation spéciale (CDES) :

- D'au moins 80 % s'il n'est pas admis dans un établissement spécial, ni pris en charge au titre de l'éducation spéciale ;

- Comprise entre 50 et 80 % s'il fréquente un établissement d'éducation spéciale ou s'il a recours à un service d'éducation spécialisée à domicile en complément d'une intégration en milieu scolaire ordinaire ou d'une cure ambulatoire.

Elle est attribuée par la CAF est son montant est égale à la base mensuelle des allocations familiales x 0,2

ii. Avantages fiscaux

L'enfant permet aux personnes l'ayant à sa charge de bénéficier d'une exonération des charges sociales, d'abattement d'impôt, de réduction d'impôt pour la

rémunération d'aide à domicile. Il suffit pour en bénéficier de présenter une carte d'invalidité de l'enfant.

d. L'allocation aux personnes dépendantes : APA

Nous avons pu présenter au cours de notre étude les différentes aides et soutiens offerts aux personnes dépendantes vivant dans leurs lieux de vie. Mais a été mis en place au 1er janvier 2002 une nouvelle allocation : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Elle apparaît comme une réforme d'une allocation existante depuis janvier 1997, la Prestation Spécifique Dépendance (PSD). De plus ses modalités ont été revues par un décret paru au J.O. Journal Officiel le 29 mars 2003, avec une entrée en vigueur le 1er avril 2003.

Etant donné l'importance de cette allocation et notamment sa grande popularité non maîtrisée par le gouvernement, il nous a paru important de s'y intéresser un peu plus longuement et comprendre son avenir

i. Définition

L'Allocation personnalisée à l'autonomie remplace la Prestation spécifique dépendance. L'APA est une prestation en nature affectée à une personne âgée en perte d'autonomie pour l'achat de biens et de services définis par un PLAN d'AIDE personnalisé élaboré par une équipe médico-sociale. Elle est attribuée par le Conseil Général.

Elle se définit comme telle selon l'application de son texte de loi : *« Toute personne âgée d'au moins 60 ans résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins »*

L'APA peut être versée directement au bénéficiaire ou aux structures professionnelles (services d'aides à domicile, établissement...) mettant en oeuvre ce plan d'aide. Plus de 800 000 personnes en ont bénéficié en 2003.

Les proches souhaitant devenir salariés du parent âgé peuvent aussi la recevoir, à l'exception du conjoint qui est tenu par un devoir d'assistance mutuel. L'aidant bénéficiaire peut être lui-même retraité. Dans tous les cas, le plan d'aide doit être accepté par les services du Conseil Général.

ii. Condition et montant d'attribution

Les conditions :

Elle est versée aux personnes dépendantes, qui ont besoin d'une aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne (se laver, se déplacer, se nourrir..) ou dont l'état nécessite une surveillance régulière, âgées de plus de 60 ans, résidant en France de manière stable et régulière.

L'APA est attribuée par le département, sur décision du président du conseil général après avis d'une commission présidée par le président du conseil général ou son représentant. Cette commission réunit des représentants du département et des organismes de sécurité sociale.

Sont aussi éligibles à l'APA : les étrangers titulaires de la carte de résident ou d'un titre de séjour exigé pour résider régulièrement en France ; les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP); les personnes titulaires de la PSD. Les personnes titulaires d'une allocation doivent l'abandonner car avec l'APA on ne peut cumuler les aides.

Pour bénéficier de l'APA, il faut retirer un dossier de demande au Centre communal d'action sociale (CCAS) ou dans un CLIC de votre mairie ou au bureau « personnes âgées » des services sociaux du département. Ce dossier est à adresser au président du Conseil général qui dispose d'un délai de dix jours pour en accuser réception et pour informer de son dépôt le maire de la commune de résidence du demandeur.

Ce dossier va être instruit par une commission départementale qui va mettre en place un plan d'aide personnalisé. C'est en fonction de ce plan que sera déterminé le montant de l'allocation versée.

Plan d'aide et montant de l'allocation :

L'APA n'est soumise à aucune condition de ressources. Personne ne peut en être exclu en raison de ses revenus mais le calcul de l'allocation tient compte du montant des revenus notamment pour le versement de APA au domicile.

Le plan d'aide permet d'évaluer le degré d'autonomie de la personne. Ce degré d'autonomie est évalué par une équipe médico-sociale qui comprend au moins un médecin et un travailleur social. Cette équipe utilise la grille AGGIR, selon le décret no 2001-1084 du 20 novembre 2001, pour déterminer le seuil de dépendance. Seules les personnes situées entre les GIR (Groupe Iso Ressource) 1 et 4 peuvent bénéficier de l'APA (la grille AGGIR possédant 6 GIR et le GIR 1 étant les personnes les moins autonomes) :

- GIR I: 1,19 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne. Soit 1 125,59 € / mois à partir du 1er janvier 2004 (dépendance la plus lourde)

- GIR II: 1,02 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne ; soit 964,79 € / mois à partir du 1er janvier 2004.

- GIR III: 0,765 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne ; soit 723,59 € / mois à partir du 1er janvier 2004.

- GIR IV: 0,51 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne. Soit 482,39 € / mois à partir du 1er janvier 2004 (dépendance la moins lourde).

Par ailleurs, selon le décret n° 2003-278 du 28 mars 2003, les départements peuvent décider de verser l'APA non pas au bénéficiaire mais aux services d'aides à domicile, aux établissements... qui mettent en oeuvre le PLAN d'AIDE personnalisé défini.

iii. APA à domicile vs l'APA en établissement

APA à domicile

L'allocation personnalisée à l'autonomie a été conçue dans le but de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.

C'est au domicile qu'une demande de l'APA nécessite un plan d'aide instruit par une commission. L'équipe médico-sociale mentionnée à l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles se rend auprès de la personne âgée pour évaluer ses besoins et élaborer avec elle les réponses nécessaires. Elle sera amenée, lors de l'évaluation, à tenir compte de l'état de santé de la personne et à préconiser, le cas échéant, dans le cadre de son rôle d'information et de conseil, le recours, par exemple, à des soins infirmiers (assurés par des personnels libéraux ou des services de soins infirmiers à domicile) qui sont à la charge de l'assurance maladie.

Assistent à la visite d'évaluation les proches de la personne âgée ainsi que le médecin traitant si la personne âgée le souhaite. La personne âgée et ses proches reçoivent à cette occasion toutes les informations utiles. Le médecin de l'équipe

médico-sociale peut prendre contact avec le médecin traitant de la personne âgée, s'il n'est pas présent lors de l'évaluation. Ce dernier peut en effet compléter l'évaluation en apportant utilement des éléments d'information sur les éventuelles pathologies de son patient.

C'est sur la base de ce plan d'aide accepté par le demandeur que sera calculé le montant d'APA ainsi que la participation financière de l'intéressé (ticket modérateur). A domicile, l'allocation peut atteindre 1066 € par mois. C'est également ce plan d'aide qui servira de référence pour le contrôle d'effectivité.

Une fois acceptée par la commission, le plan d'aide permet de financer des services, professionnels de préférence, qui vont permettre le soutien à domicile d'une personne âgée handicapée. Et lorsque le plan d'aide prévoit l'intervention d'une tierce personne à domicile, alors l'allocation personnalisée d'autonomie est affectée à la rémunération d'un service prestataire d'aide à domicile agréé.

APA en établissement

L'APA peut aussi contribuer au financement d'une personne en établissement spécialisé. Les établissements pour personnes âgées dépendantes bénéficient d'un nouveau tarif dit « tripartites » :

- un tarif journalier correspondant à l'hébergement (accueil hôtelier, restauration, entretien...) à la charge de la personne accueillie ou de l'aide sociale sous conditions de revenus.

- un tarif correspondant aux soins qui recouvre les prestations médicales et paramédicales (assurance maladie).

- un tarif journalier afférent à la dépendance : ensemble de prestations d'aide et de surveillance nécessaire à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liés aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir et

correspondant au surcoût hôtelier directement lié à l'état de dépendance des personnes hébergées. C'est donc sur ce tarif que va être attribuer l'APA en établissement.

Comme dans l'APA à domicile, il n'y a aucune restriction budgétaire mais le montant de l'allocation versée pour contribuer au financement du « tarif dépendance » est calculé en fonction des ressources du bénéficiaire (le calcul étant similaire au calcul de la dotation au domicile). Ce montant, de 336 € en moyenne, est moins élevé en maison de retraite que dans le cas du maintien à domicile. Il peut être versé directement à la maison de retraite avec l'accord de la personne dépendante.

iv. APA : victime de son succès

Plus égalitaire avec des barèmes et des montants fixés au niveau national et plus généreuse que la PSD, le succès de l'APA a révélé la pertinence d'une mesure répondant à de réels besoins dans un pays dont la population vieillit. A la fin du mois de septembre 2002, 878 000 dossiers de demande étaient recensés, dont 68 % par des personnes vivant à domicile. L'Observatoire décentralisé de l'action sociale décentralisée (ODAS) estime qu'au total près de 770 000 personnes devraient bénéficier à terme de la prestation, dont 420 000 à domicile et 350 000 en établissement.

Or un problème apparaît car les coûts de cette mesure sociale pour 2002 et 2003 reposaient sur une évaluation de 500 à 550 000 bénéficiaires par an, pour un montant de 2,5 milliards d'€. Mais le poids financier avoisinerait 3,6 à 3,9 milliards d'€ en 2003 et de 4 milliards en 2004, contre 1,5 milliards en 2002. Les besoins de recettes complémentaires seraient de l'ordre de 1,1 à 1,4 milliards d'€.

L'avenir de l'APA reste donc très incertain si aucune modification n'est apportée à son mode de fonctionnement actuelle.

IV. Les acteurs non pharmaceutiques de l'AMTD

Une enquête réalisée par la IRDES effectuée en 2000 a permis de dénombrer plus de 7.000 entités juridiques travaillant dans le secteur de l'AMTD s'adressant à 1.400.000 personnes en France métropolitaine et dans les DOM-TOM. On peut les classer en 4 catégories :

- associations loi de 1901
- établissements privés lucratifs dont les pharmacies de ville
- établissements publics
- centres communaux d'action sociale (CCAS)

Nous avons étudié dans ce travail les entités associatives et privées qui représentent plus de 90% des activités du marché de soins et d'aide à domicile.

Rappelons que les entités juridiques peuvent intervenir dans le cadre de deux grands systèmes :

- Le cadre prestataire où le service proposant d'intervenir est l'employeur du personnel ; la personne bénéficiaire rémunère directement le service. Comme nous l'avons vu dans la définition des différents services, un tiers payeur ayant passé une convention avec le service assure une prise en charge partielle ou totale des dépenses.
- Le cadre mandataire où le service effectue un placement du travailleur dont la personne demandeuse devient l'employeur du personnel. Elle rémunère directement le salarié et s'acquitte auprès du service mandataire des frais de gestion.

Avant de voir ensemble les différents organismes ayant une activité dans l'AMTD, intéressons-nous aux intervenants à domicile.

a. Les intervenants

i. Les soins à domicile

1. L'infirmier (e)

Ils tiennent une place centrale au domicile : leur domaine d'action est très vaste car ils assurent des actes infirmiers traditionnels mais aussi participent au soutien moral de la personne et de son entourage.

Un infirmier est aussi en contact permanent avec le médecin. Par le regard qu'il porte sur chaque patient, par la relation que ce professionnel entretient avec lui, il est en mesure de l'alerter chaque fois que des symptômes particuliers apparaissent. C'est pour cela que l'infirmier est très souvent le coordinateur des soins à domicile dans le cas d'une prise en charge globale.

Il n'est pas rare non plus qu'une infirmière joue un rôle dans le règlement des problèmes familiaux. Elle aide à analyser le comportement perturbateur d'une personne âgée, intervient pour empêcher des violences d'être commises contre un infirme. La richesse des relations humaines entre un infirmier et ses patients est souvent plus importante que ce qu'on pourrait imaginer.

2. Le médecin traitant

Il intervient dans tous les cas au domicile, il est librement choisi par le patient dont il sera le principal interlocuteur. Il est le prescripteur principal, sauf dans le cas de l'HAD où la prescription est hospitalière ; dans ce cas il veillera à la poursuite du traitement et à ces modifications.

Le médecin généraliste est, en principe, la personne qui est le mieux à même d'aider à coordonner les soins autour d'une personne âgée ou d'un malade lourd résidant à domicile. Il peut évaluer les besoins des malades et les possibilités de chacun des intervenants, et, surtout, il devrait aider à organiser rapidement une coordination autour du domicile. C'est aussi le médecin qui a accès au domicile des personnes âgées et qui observe si elles éprouvent des difficultés à se tenir debout ou à faire la cuisine.

3. Le kinésithérapeute / Ergothérapeute

Ils ont un rôle dans la rééducation du malade et le maintien du patient à la fois sur les fonctions motrices, psychomotrices, intellectuelles et mentales. Ils apportent un certain confort au malade et à sa famille en lui facilitant la vie au quotidien.

ii. Les aides non médicales à domicile

Aide à domicile, garde à domicile, auxiliaire de vie... autant de fonctions indispensables au soutien d'une personne âgée résolue à vivre à son domicile. Ces métiers ne sont pas nouveaux. Ils sont aujourd'hui formalisés et font l'objet de diplômes. Ces professionnels accomplissent des tâches matérielles (courses, repas, ménage...), mais ont aussi des fonctions sociales (aide aux tâches administratives par exemple) et psychologiques (soutien moral, lien avec la vie extérieure...).

1. L'aide à domicile

Très souvent connu sous le nom d'aide ménagère mais la dénomination officielle est « aide à domicile ». Le changement n'est pas anodin. Le statut d'aide à domicile n'est pas un " petit boulot " mais un métier, sanctionné par un diplôme officiel : le Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD).

L'aide à domicile accomplit chez les personnes âgées un travail matériel (les courses, les repas, le ménage...), mais son rôle ne se réduit pas à cela. Elle est aussi une conseillère capable d'apporter un soutien psychologique et moral.

2. La garde à domicile

La garde à domicile est un complément du service d'aide à domicile. Elle intervient également la nuit ou le week-end lorsqu'une personne âgée est souffrante ou en convalescence après un séjour à l'hôpital. Ses tâches sont les mêmes que celles de l'aide ménagère. La garde à domicile apporte son appui dans la vie quotidienne (prise des repas, accompagnement chez les commerçants...) et assure des heures de garde, de jour ou de nuit.

Les gardes à domicile sont assez mal prises en charge par la collectivité. Leur coût a toutefois été réduit grâce à l'exonération des charges patronales pour les employeurs et la réduction d'impôts pour les embauches de personnel domestique

3. L'auxiliaire de vie

L'auxiliaire de vie s'occupe des personnes âgées très dépendantes qu'elle aide à accomplir les actes de la vie courante : s'habiller, se nourrir, se laver, se coucher, préparer et prendre ses repas, faire les courses, et même, quand la chose est possible, se déplacer pendant les loisirs et les vacances...

Plus les personnes à aider sont valides, et plus elles recourent aux services d'une aide à domicile. Mais quand le handicap est important, le recours à l'auxiliaire de vie s'impose. Cette distinction est surtout vraie en milieu urbain. En milieu rural, les rôles se confondent et l'aide ménagère a souvent une fonction d'auxiliaire de vie. Mais à la ville comme à la campagne, l'auxiliaire de vie n'est pas là « pour faire à la place de... » Elle doit aider les personnes âgées handicapées à conserver les bribes

d'autonomie qui leur restent. Sa mission est aussi de répondre avec efficacité à toute situation qui sort de l'ordinaire. L'auxiliaire de vie a en principe reçu une formation, et a des connaissances dans le domaine médical, psychologique, en hygiène alimentaire, en hygiène domotique et en animation.

L'auxiliaire de vie a un rôle d'alerte médicale. Elle veille sur la santé de la personne âgée et doit être en mesure de repérer rapidement les problèmes qui relèvent d'une intervention médicale, classique ou en urgence. C'est un système coûteux mais qui peut être pris en charge par la collectivité, en partie ou totalement.

iii. L'assistance médicale à domicile

Le rôle du prestataire consiste à installer le matériel médical d'après l'ordonnance établie par le médecin et à en assurer la maintenance, mais également, quand cela s'avère nécessaire, à coordonner les intervenants paramédicaux auprès du patient qui bénéficie d'un suivi personnalisé (d'après C.CAMUZEUX, pharmacien chez LOCAPHARM)

Le service ne se limite pas à l'installation d'un matériel performant et fiable, mais il comprend également un suivi technique, la maintenance et une prise en charge psychologique. Certaines sociétés assurent une permanence téléphonique 24 heures sur 24 et 7j/7. Le prestataire de services ne dispense pas moins de soins médicaux proprement dits, mais coordonne l'action des intervenants qui apportent des soins au patient.

b. Le réseau associatif

i. Son histoire

Le milieu associatif est très présent et organisé dans l'AMTD. En ce qui concerne les activités de soins et d'aide de vie au domicile (HAD, SAD, SAAD), ils sont pris en charge dans 75% des cas par une structure associative à but non lucratif, régie par loi 1901. En revanche pour les prestations commerciales de location de matériel et services associés elles ne représentent que 10% du marché. On dénombre d'après l'UNASSAD (Union Nationale des Associations de Soins et de Services à Domicile) plus de 5000 associations dans l'univers de l'AMTD.

Pour la plupart de ses associations, elles sont issues de milieu caritatif ou religieux. Leurs vocations premières étaient très souvent la prise en charge de personnes démunies et défavorisées.

Au début des années 40, face au désarroi de la guerre de nombreux militants créent des associations populaires couvrant les activités de soutien social et aide ménagère. Dans les années 1960 de nombreuses structures apparaissent en milieu rural afin d'apporter une aide sociale aux familles. Puis au fil des années les structures n'ont cessé de se développer en passant d'activités locales et ciblées à des services de plus en plus médicalisés et à une population élargie.

Les associations mènent aujourd'hui une activité commerciale. Les seules différences avec une entreprise de part leurs statuts juridiques sont, d'une part une interdiction de reversement des excédents exploitations entre les parties prenantes, et d'autre part de rémunérer présidents et administrateurs. De plus, elles sont exonérées de remboursement de TVA, un gros avantage qui leur laisse une flexibilité économique importante. Mais comme toutes les entreprises privées, publiques elles

ont besoin pour exercer leurs activités de toutes les autorisations et agréments nécessaires.

ii. Organisation et services

Les événements de l'été 2003, c'est-à-dire, « la canicule et ses conséquences » ont montré combien la coordination n'est pas un vain mot surtout en matière d'action sociale et médico-sociale. Et cela les associations participant à ces actions l'ont bien compris. La plupart des associations se sont regroupées en fédérations ou unions. Ainsi coordination, maillage du territoire, offre diversifiée et adaptée aux besoins des personnes fragilisées guident leurs actions.

Ces regroupements permettent une professionnalisation des associations adhérentes qui bénéficient le plus souvent d'une convention collective et d'une chartre qualité commune assurant ainsi un travail dans les meilleures conditions. Les structures ont ainsi accès à des centres de formations, un service de communication interne et externe et à une gestion financière centralisée. Il y a une véritable mutualisation des activités qui sont, autant d'atouts qui permettant aux associations de se concentrer sur leurs activités et développer un service de qualité.

« L'union fait la force » ; les regroupements ont un rôle important de reconnaissance de leurs activités et de défense de leurs droits. Leur mission est donc aussi et surtout un lobbying constant auprès des pouvoirs publics.

En effet, que ce soit en terme d'image ou même en terme de statut juridique et conventionnel, les salariés de l'aide à domicile ne bénéficient pas de la reconnaissance qui leur revient. Or, à l'heure où les besoins augmentent et où le recrutement devient de plus en plus difficile, cette reconnaissance est plus que jamais importante. Les unions travaillent donc sur différents dossiers ayant pour objectif de mettre en avant le sérieux et la qualité des services des associations : tels que la convention collective unique, la validation de diplômes d'états d'auxiliaire de vie...

Le but non lucratif de ses associations engendre des objectifs de résultats économiques différents du secteur privé commercial. En effet les associations proposent des prix (tarif horaire le plus souvent) qui permettent juste d'équilibrer leurs charges, c'est à dire les charges sociales. Pour le client, ses tarifications horaires sont remboursées par les assurances maladies ou autres caisses, comme nous le verrons plus loin dans ce travail. D'après la directrice de l'ADMR Paris (association d'aide en milieu rurale) « *ce sont les clients qui nous font vivre, je me gouverne* ».

iii. L'exemple d'une union nationale: ADMR

Les plus gros regroupements français sont l'ADMR et l'UNASSAD. Un troisième acteur de regroupements associatifs a vu le jour en 2000 par la fusion de deux fédérations, l'ADESSA mais son envergure est 10 fois inférieure aux autres.

L'ADMR

Tout débute en 1945, en France de l'après-guerre l'ADMR fait ses premiers pas dans le milieu rural, son berceau d'origine. Parmi tous les pionniers qui ont créé et structuré l'ADMR, deux personnes ont joué un rôle éminent : François ROMATIF et Marie GODINOT, fondateurs du mouvement. Ils vont inventer un service : L'aide familiale rurale. Dès l'origine, l'objectif de ce service est double : aider les uns dans les tâches quotidiennes, et créer des emplois de proximité pour retenir les autres

A partir de 1960 il y a un premier tournant de l'association avec l'embauche d'aide ménagère qui crée un élargissement de la population. Puis au cours des années de nouveaux services sont créés : portage de repas, télé-assistance, accueil de la petite enfance, petites unités de vie. En 1996 elle adopte une charte de qualité et une charte du bénévolat.

Aujourd'hui l'ADMR est le numéro un français des réseaux de proximité avec :

3 200 associations locales présentes dans 34 000 communes

240 000 adhérents dont 110 000 bénévoles actifs

70 000 salariés qui réalisent 45 millions d'heures d'intervention auprès de 350000 personnes aidées chaque jour.

Parmi les associations adhérentes elle gère 212 services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIAD) et 65 centres de soins.

L'ADMR est un réseau puissant qui couvre presque la totalité du territoire français avec des domaines d'activité très larges proposant un service global de prise en charge des personnes à domicile.

c. Le secteur privé

i. Activités et positionnement des sociétés dans l'AMTD

Les prestataires privés sont des entreprises commerciales qui se situent majoritairement sur deux marchés de l'AMTD :

Premièrement sur le marché du MAD c'est à dire assurant la distribution du matériel médical et des services associés. En effet 45% du marché du MAD serait occupé par des sociétés privées. Selon une estimation du SYNALAM (SYndicat NATIONAL des Loueurs d'Appareils Médicaux, rebaptisé en Syndicat National des Services et Technologies de Santé à Domicile) le CA des entreprises du secteur est constitué, en moyenne, à 70 % de produits et prestations remboursées soit un chiffre d'affaires pour 2001, de 854 M d'€. Les prestataires privés dans le secteur du MAD emploient plus de 7 500 personnes réparties dans 1 200 à 1 500 entreprises.

Les autres entreprises du secteur privé sont des structures qui participent à l'aide et au soutien à domicile c'est à dire des SAAD. Ces entités juridiques

n'emploient pas de personnels médicaux ou paramédicaux. Elles sont constituées à 97% d'aides ménagères ou auxiliaires de vie. Comme nous l'avons vu la réglementation est stricte pour la dispensation des soins donc les entreprises lucratives préfèrent se tourner vers des marchés plus porteurs comme le MAD et SAAD.

Pour ces sociétés certes tournées vers le service à la personne mais à la recherche d'une rentabilité forte, la concurrence émane surtout du milieu associatif. Or cette concurrence ne peut se faire pour le MAD sur des arguments prix. Les prix étant fixés par la LPPR (Liste des produits et prestation remboursable). Le prestataire se rémunère sur la différence entre le prix d'achat du matériel et le prix de la prestation global (produit+services). La différence entre les entreprises se fera donc au niveau de la qualité du service proposé au patient. Par ailleurs les entreprises peuvent se différencier en développant de nouveaux services qui ne sont pas inscrits sur la LPPR (le prix n'étant pas fixé par une commission) : tel que le portage de repas, la télésurveillance...

Il est important de noter que l'émergence de ces nouveaux services est une passerelle commerciale entre le marché du MAD et celui du SAAD qui leur permet de se tourner vers des marchés plus larges avec un potentiel énorme. En effet nous avons vu que sur les 11,8 millions de personnes âgées de 60 ans et plus en France en 1999, on dénombre 3,2 millions de personnes qui bénéficient de l'aide régulière d'une tierce personne en raison d'un handicap ou d'un problème de santé (source enquête HID 1999).

Les prestataires de services commerciaux travaillent en internes ou indirectement avec des pharmaciens. En interne, le pharmacien a le plus souvent un rôle de responsable qualité. C'est lui qui s'assure que les services alloués par la société sont réalisés selon les normes en vigueur et dans le respect de la chartre qualité de l'entreprise. Certaines entreprises avec l'élargissement de leurs activités,

notamment de SAAD, donnent un rôle de coordinateur au pharmacien. Mais là encore pour des raisons économiques et réglementaires les activités de celui-ci sont limitées.

En revanche, parmi les grands acteurs du secteur commercial, certains ont pris le choix stratégique de travailler avec les pharmaciens d'officines. Mme BOUTON, directrice commerciale chez LOCAPHARM, considère que le pharmacien « *joue un rôle de proximité dans le maintien à domicile du patient. Spécialiste du médicament mais aussi du matériel et de la diététique, il est l'interlocuteur privilégié du patient pour le conseiller, le former et le rassurer ainsi que son entourage* ».

d. Une professionnalisation et une organisation du secteur

i. Normes AFNOR

Le service à domicile était jusqu'à présent un secteur très « artisanal » où l'on effectuait des « petits boulots » par le système de bouche à oreille. Avec notamment la prise en charge des personnes malades ou dépendantes à domicile de nouveaux acteurs sont apparus avec une véritable culture du service et des engagements de qualité.

L'apparition récente de normes AFNOR dans ce secteur montre bien la volonté de professionnaliser les activités de services à domiciles. La **norme expérimentale XP X50-796** sur la mise à disposition de dispositifs médicaux à domicile nous intéresse plus particulièrement. Cette norme éditée en décembre 2003 porte sur les engagements de services des prestataires assurant la vente ou la location de DM destinés à être mis au domicile du patient. Elle concerne aussi bien les prestataires privés que les pharmaciens d'officine. Les engagements de services décrits dans cette norme couvrent la totalité du circuit du DM à domicile afin que le prestataire propose un service adapté à la situation du patient. En effet les 7 procédures énoncées prennent en compte l'analyse de la prescription, la préparation du DM, son installation, la

formation du patient, l'entretien, la maintenance et la restitution du DM. Chaque procédure, représentant une étape du circuit du DM, est centrée sur le patient. Ces engagements de service permettent d'apporter au malade un service de qualité en prenant en compte sa dépendance et son cadre de vie.

Cette norme ayant pour but d'améliorer et de professionnaliser les prestations de services à domicile avec la mise en place de DM, apporte un référentiel de qualité commun à tous les prestataires. Les produits étant nombreux et souvent complexes, il est nécessaire que la profession travail suivant les mêmes rigueurs envers le patient. Cette norme est expérimentale ; elle est soumise à enquête jusqu'au 30/06/2005. Elle devrait être adoptée par tous les prestataires spécialisés dans la vente ou la location de DM et tout particulièrement par les pharmaciens afin de valoriser leur activité de MAD.

ii. Création des CLIC (Centres locaux d'information et de coordination)

Bâtir une politique de soutien à domicile à la hauteur des enjeux de demain implique de changer d'échelle pour mettre en cohérence les dispositifs existants et recomposer l'offre de services avec une démarche d'approche globale et personnalisée du besoin d'aide des personnes âgées.

Dans ce contexte, la création d'un réseau de coordination gérontologique organisant le maillage du territoire national d'ici à 2005 constitue un axe fort de la politique gouvernementale. Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) sont les supports de ce réseau territorialisé.

Le CLIC s'adresse à tous les retraités et pas uniquement aux personnes susceptibles de bénéficier d'une prestation ou dont l'état de santé nécessite des soins. Il a vocation à connaître de tous les aspects de la vie quotidienne et à intégrer une approche globale du vieillissement permettant d'apporter des réponses préventives et

opérationnelles en ce qui concerne tant le passage à la retraite, l'accès aux droits, l'accessibilité du logement et des transports, la qualité et le confort de vie, l'aménagement du territoire que la vie sociale, culturelle et sportive et par conséquent la citoyenneté. L'objectif, le cœur de la démarche auquel il faut sans cesse revenir, c'est l'amélioration de la vie quotidienne des personnes âgées.

Conçu comme un dispositif de proximité, le CLIC assure un accueil personnalisé et gratuit quelle que soit l'origine de la demande, qu'elle émane de la personne âgée, de sa famille, des services sociaux, du médecin traitant, d'une structure médico-sociale ou hospitalière. C'est tout à la fois un centre de ressources et d'information qui dispose d'une base de données actualisée sur l'offre de services sur le territoire qu'il couvre, un lieu d'écoute et de dialogue, une structure de communication et d'aide à la décision.

Les personnes âgées redoutent la complexité des circuits et le CLIC, doit s'organiser pour qu'elles n'en subissent pas les conséquences et favoriser la mise en place de réponses plus rapides et plus complètes, avec des circuits raccourcis par des services coordonnés et reliés entre eux.

**Deuxième partie : le rôle et le positionnement du pharmacien dans
l'AMTD**

I. Les atouts du pharmacien

La place du pharmacien au domicile est prépondérante, en effet c'est lui qui délivre les médicaments et assure, dans la plus part des cas, la location, l'installation et la formation de matériels médicaux. Le pharmacien est le spécialiste du médicament et des dispositifs médicaux, il peut donc mettre en avant son rôle de conseil et de prévention qui sont primordiaux dans l'AMTD.

Depuis juillet 1995, une loi autorise le pharmacien à quitter son officine pour délivrer un médicament au domicile d'un malade, et lui en préciser la posologie. Mais ce qui était un service ponctuel est devenu une activité économique à part entière. Des sociétés de coursiers ou d'ambulanciers se sont spécialisées dans le portage des médicaments à domicile.

Malheureusement le pharmacien est encore trop souvent absent des actions de l'aide au maintien à domicile. Le pharmacien joue un rôle important dans ces activités même s'il est encore absent de certains secteurs. Cela est d'autant plus vrai que le domaine du MAD peut relever totalement de l'exercice du pharmacien d'officine. Il semble donc cohérent qu'il puisse s'investir dans tous les domaines de l'AMTD notamment grâce à:

- ses connaissances scientifiques
- sa proximité
- sa disponibilité auprès du patient

Mais de tels investissements en temps, en matériel, en présence sur le terrain...sont autant de difficultés à surmonter qui demandent une grande motivation et qui seront bénéfiques sur le long terme. Surtout si le pharmacien veut garder une crédibilité dans l'exercice de ces fonctions.

a. Des compétences à exploiter

Le pharmacien au quotidien, proche de ses patients, peut jouer différents rôles dans l'exercice de ses fonctions qui sont autant d'atouts pour l'AMTD.

i. Des professionnels de santé

Le pharmacien reste le spécialiste du médicament. Il assure avant tout la délivrance, le conseil et l'observance des médicaments auprès de ces clients. Or en ce qui concerne le maintien à domicile, il faut parler de délivrance de matériel médical car les dispositifs médicaux sont des produits de santé.

La participation du pharmacien dans l'aide au maintien à domicile doit être considérée comme un « acte pharmaceutique » qui s'accompagne comme pour le médicament d'information et de conseil. On voit bien qu'il s'agit d'un acte dépassant la simple vente ou location ; certains produits du maintien à domicile relèvent de la définition du médicament, poche de nutrition, oxygène...

ii. Rôle sanitaire

Au même titre que le pharmacien exerce une action « curative » en délivrant des médicaments, le pharmacien a un rôle évident de « prévention ». Il lui manque encore certains moyens, comme le dossier patient, mais la pharmacie reste le « commerce » de proximité par excellence avec plus de 23 000 pharmacies sur tout le territoire. Les pouvoirs publics souhaitent d'ailleurs renforcer le rôle de prévention du pharmacien en lui donnant très prochainement l'accès à ce dossier médical partagé (Juin 2004, déclaration du ministre de la santé pour le Moniteur des pharmacies n°2545). Les clients sont fidèles et reconnaissent leur pharmacien comme professionnel de santé.

Le pharmacien, comme le médecin traitant, peut suivre l'évolution de la pathologie d'un patient. Il est donc capable de faire face rapidement aux besoins croissants du patient. Il peut donc informer, orienter ou aider son client ou ses proches vers des démarches d'aide à domicile ou d'allocations spécialisées. Si l'on prend l'exemple de la maladie d'Alzheimer ou du SIDA : le pharmacien délivre de plus en plus de médicaments pour ces pathologies, il peut donc noter les difficultés que rencontre au quotidien le malade dans les actes de vie.

iii. Rôle humain

Malgré l'émergence de grandes pharmacies de ville ou de centres commerciaux, le pharmacien reste disponible pour le patient. Il établit une relation de confiance avec le client et son entourage. Le contact humain entre le pharmacien, professionnel de santé, et le client engendre une écoute particulière de celui-ci.

Le pharmacien, s'il est formé et engagé sur les métiers du maintien à domicile, peut alors venir en aide et rassurer ses clients. Les personnes âgées dépendantes souvent inquiètes de devoir quitter leur domicile peuvent trouver chez leur pharmacien le soutien nécessaire pour vivre chez eux. Il est du devoir du pharmacien de remplir cette fonction d'accompagnateur et d'informateur.

Là encore le pharmacien doit être formé et donner de son temps pour remplir pleinement ce rôle humain.

iv. Rôle social

Les personnes handicapées ou âgées souhaitant vivre dans leur cadre de vie sont souvent démunies face à la complexité de demande d'allocation ou de mise en place d'un réseau de soins. De plus elles ont rarement un interlocuteur unique. Certes les associations dans ce domaine jouent le rôle de médiateur mais l'officine peut aussi

être une plaque tournante du maintien à domicile. Etre informé, conseillé et aidé par un professionnel de santé peut être fait dans une pharmacie.

L'officine doit redevenir un lieu de vie pour le malade ou son entourage, où se brise l'isolement, où l'on communique et reçoit des conseils sur le maintien à domicile. Le pharmacien dans ce contexte là peut jouer le rôle d'interlocuteur privilégié pour l'AMTD.

Le pharmacien peut répondre à ce constat décrit dans le moniteur des pharmacies : « A l'heure où, partout en Europe, l'ont meurt de plus en plus dans l'anonymat aseptisé d'un service hospitalier, l'ultime confort ne serait-il pas de mourir chez soi entouré des siens ? »

v. Rôle commercial

Le pharmacien est aussi un gestionnaire, directeur d'une PME. Dans l'AMTD un aspect commercial est à prendre en compte. En effet, en plus de soins, aide ménagère, soutien psychologique... le maintien à domicile, comme nous l'avons vu, nécessite la commande, l'installation, la maintenance, l'entretien, la formation de matériels spécifiques de plus en plus techniques. Le pharmacien grâce à son officine et son sens du service avec les aspects de qualité et de prix, peut gérer tous ces aspects du matériel médical. D'après Mme BOUTON pharmacienne et directrice commerciale chez LOCAPHARM « *le matériel médical doit être considéré comme un médicament* ». Mais laissons à Mme BOUTON la responsabilité de ses propos, nous dirons plus volontiers que le DM doit être assimilé à un médicament

vi. Rôle dans les dépenses de santé publique

Dans le cadre du déficit de la sécurité sociale prévu pour 2004 de 14 Md€ soit 0,9% du PIB, le pharmacien est montré du doigt. Des alternatives et des réformes au

fonctionnement du système de santé sont effectuées. Notamment en ce qui concerne les dépenses de médicament. Les pouvoirs publics semblent mettre en évidence l'alternative des soins et du maintien à domicile comme une solution aux dépenses d'hospitalisation, comme le montre l'enquête du CREDES en décembre 2003. Les pharmaciens en s'impliquant dans ce système de soins pourront ainsi être des acteurs incontournables dans la maîtrise des dépenses.

b. La formation

La formation est un des facteurs clés pour le pharmacien dans le service global du maintien à domicile. Même si aujourd'hui encore le MAD représente qu'une faible part de l'activité de l'officine chaque pharmacien a plus ou moins développé cette activité et tous peuvent y répondre grâce aux structures qui les soutiennent. Donc pour accroître leurs connaissances beaucoup d'entre eux suivent des formations complémentaires. Même les universités deviennent réactives face au MAD en proposant une formation intégrée dans le cursus.

i. Enseignement universitaire

Certains étudiants de pharmacie ont accès dans leur cursus universitaire à des cours sur l'AMTD. Plus précisément à des notions sur l'HAD et le MAD.

Prenons l'exemple de la faculté de Paris XI, l'enseignement est dispensé, au cours de la 5^{ème} année officine, sous forme d'une Unité de Valeur (UV) obligatoire intitulé maintien et soins du malade à domicile. Il se déroule en 8 heures de cours et 12 heures d'enseignement dirigé.

Les sujets traités dans ce programme sont larges, ils couvrent le contexte de l'AMTD en France, les soins et le matériel associé :

COURS

* Alternatives à l'hospitalisation traditionnelle

* Les personnes âgées

- dépendance

- aides techniques

- aides médico-sociales

* Dispositifs médicaux

- prise en charge par les caisses de Sécurité sociale (LPPR)

- circuits de distribution

* Pathologies pouvant être prises en charge à domicile (rappels cliniques et thérapeutiques, description des dispositifs utilisés)

- escarre de décubitus

- incontinence urinaire

- insuffisance respiratoire chronique (oxygénothérapie)

- insuffisance rénale chronique (dialyse péritonéale, hémodialyse)

- déficits nutritionnels (nutrition artificielle)

- stomies digestives et urinaire

ENSEIGNEMENTS DIRIGES

* Dispositifs pour les voies d'abord pulmonaire, digestif, vésical

* Dispositifs pour les voies d'abord parentéral

* Dispositifs pour le traitement palliatif de l'incontinence

* Pansements

* Appareillage de stomie

* Matériels et appareils pour traitements à domicile (lits, générateurs d'aérosol, pompes...)

D'autres facultés de pharmacie, comme Angers, Nancy, Rennes proposent un tel enseignement spécialisé sur le malade ou dépendant à domicile. L'étudiant de pharmacie peut aussi avoir des notions sur le matériel médical par des cours sur les dispositifs médicaux obligatoires dans le cursus. La faculté de Grenoble ne possède pas encore d'enseignement spécifique sur l'assistance médico-technique à domicile, mais certains professeurs s'efforcent d'introduire des notions sur l'AMTD dès que le thème s'y prête.

Malgré ces enseignements on peut constater que le jeune pharmacien n'est pas à même de se lancer dans l'AMTD en général et encore moins dans les SSIAD ou SAAD qui ne sont jamais traités. En revanche, il peut avoir accès à des diplômes universitaires à la fin de son cursus initial.

ii. Les Diplômes Universitaires (D.U)

Les conditions d'exercices de l'activité de l'AMTD et plus précisément du MAD, pour le pharmacien, sont jusqu'à présent peu nombreux et de faibles exigences. Seul est obligatoire un D.U en orthopédie pour la dispensation de matériel médical lié à l'immobilisation ou aide à la marche. Ou encore, un agrément spécialisé pour les véhicules pour handicapés physique et une autorisation pour les BPDO (selon art. L4211-5 du CSP).

Mais ces conditions sont en train de changer notamment en raison de la formation qui a été institué par l'article L5232-3 du CSP : *La délivrance de matériels de maintien à domicile, d'orthèses, de matériels orthopédiques et de certaines prestations associées, inscrits sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, est soumise à une obligation de formation ou d'expérience professionnelle de*

leurs distributeurs. Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret.

La professionnalisation est donc en cours et l'on verra sans doute disparaître les « artisans » du maintien à domicile. Pour cela il se peut que le D.U maintien à domicile devienne obligatoire. A ce jour 16 des 23 facultés de pharmacies proposent ce D.U consacré aux différents types de matériels et de techniques, aux soins, à l'assistance pharmaceutique à domicile ainsi qu'à quelques maladies prises en charge à domicile.

Exemple du programme de la faculté de Clermont-Ferrant ; un enseignement complet sur l'AMTD afin de donner au pharmacien les moyens de rentrer dans le circuit du maintien à domicile :

*Aspects socio-économiques et réglementaires

- Rôle du pharmacien
- Définition de la prestation de service

*Handicap et déplacement

*Pathologies respiratoires

(protocoles thérapeutiques, matériel utilisé)

- Assistance respiratoire
- Asthme
- Mucoviscidose
- Apnée du sommeil

*Domaines d'application de la perfusion à domicile

(protocoles thérapeutiques, matériel utilisé)

- Oncologie
- Antalgie

- SIDA

*Autres exemples de prise en charge de pathologies lourdes à domicile

- Nutrition entérale
- Sclérose en plaques
- Maladie d'Alzheimer
- Hémiplégie vasculaire
- Dialyse rénale et péritonéale
- Diabète

*La personne âgée à domicile : prévention et traitement des escarres

Prévention

- nursing
- nutrition
- hygiène (incontinence)

*Traitement

- pansements
- matelas spéciaux

*L'Assurance qualité des soins à domicile

- Désinfection du matériel de location
- De l'Assurance qualité à l'Hôpital vers la mise en place d'une charte de qualité

des soins à domicile

- Témoignages de pharmaciens "sur le terrain, officinaux impliqués dans le maintien à domicile (MAD) pharmaciens dans des réseaux de soins...

Pour le professeur LAGORCE, responsable de l'enseignement du D.U maintien et soins à domicile, une telle formation devrait être obligatoire pour exercer cette activité : *La compétence du Pharmacien pourrait donc lui permettre de revendiquer*

une place centrale et d'être le pivot de tout système de soins à domicile. Le développement de cette activité au sein de l'officine sera parallèle à l'acquisition d'une compétence technique plus importante et à la possibilité de conseiller le malade et son entourage. Cette compétence, qui doit être partagée par au moins une partie de l'équipe officinale s'acquiert à la faculté lors de la préparation au Diplôme d'Université.

Cependant non obligatoires, le succès de telles formations dépend de l'engagement et de l'investissement des pharmaciens jeunes diplômés. Mais d'après Mr GAERTNER, président de l'UTIP (Union Technique Interpharmaceutique), les facultés de pharmacies et les étudiants sont conscients que l'activité du pharmacien n'est pas seulement la délivrance de médicament et donc que des activités comme l'AMTD doivent être prises en compte.

iii. Formation post universitaire

Les pharmaciens en exercice peuvent au travers de formations non diplômantes actualiser leurs connaissances pour la pratique officinale grâce aux formations continues. La formation continue, qui a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, constitue une obligation pour tout pharmacien (art.L4236-1 du CSP). Ce sont des formations courtes, ciblées, pratiques et payantes. Elles peuvent être organisées soit par les facultés de pharmacies soit par des centres de formations ou encore par des regroupements et grossistes répartiteurs.

Ces formations qui durent en moyenne entre 2 à 4 jours sont ouvertes aux pharmaciens et aux salariés de l'officine. Les frais de ces formations peuvent être pris en charge par deux organismes :

- Pour les pharmaciens par le **FIF-PL** (Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels libéraux). Il a été créé sur l'initiative des organisations

professionnelles, membres de l'UNAPL (Union Nationale des Professionnels Libéraux), conformément aux dispositions de la loi du 31 décembre 1991, portant sur la formation continue des travailleurs indépendants et des professionnels libéraux, faisant obligation à tous de s'acquitter de la Contribution à la Formation Professionnelle (CFP). Il a pour mission de gérer la contribution à la formation professionnelle recouvrée par L'URSSAF.

- Pour les salariés par l'OPAC-PL (Organisme Paritaire Collecteur Agréé de l'ensemble des Professions Libérales.) Administré par des représentants employeurs et salariés des différentes professions libérales adhérentes, l'OPCA- PL a pour mission de promouvoir et financer la formation professionnelle des salariés des professions libérales dans le cadre du plan de formation et de la formation en alternance.

Formations de l'UTIP (Union Technique Inter Pharmaceutique)

Le centre de formation de l'UTIP est une association qui a été créée par des pharmaciens pour les pharmaciens et leur équipe, dans le but de développer les compétences de toute l'équipe et d'assurer un niveau d'expertise permanent dans les domaines pharmaceutiques. Le thème de AMTD est très souvent développé par cette association.

Les grossistes répartiteurs

Les coopératives de grossistes répartiteurs ont pris conscience de l'importance des besoins en matière de AMTD. Un bon nombre d'entre eux ont créé des filiales dans le MAD et les services associés. Partenaires des pharmaciens officinaux, ils cherchent à sensibiliser le pharmacien sur ce sujet.

Ils proposent donc, pour certains d'entre eux, des programmes de formation sur le maintien et les soins à domicile afin « *d'entretenir les connaissances acquises,*

développer et maîtriser de nouvelles activités. » (CERP-Rouen) L'objectif est d'être capable de répondre aux attentes des clients ou des familles en possédant une bonne connaissance théorique et pratique du matériel et des soins dispensés à domicile.

En plus de la formation continue proposées par les grossistes, ils mettent à disposition pour leurs adhérents un service d'informations, catalogue via Internet. C'est le cas de HOPIDOM une filiale de la CERP-Lorraine. HOPIDOM créée en 1981 est la filiale spécialisée dans le domaine du matériel médical et du maintien à domicile du Groupe CERP-Lorraine. Forte de 11 Etablissements et de 3 filiales régionales, HOPIDOM assure aux pharmaciens d'officine un service de proximité pour la fourniture et la location de tout le matériel pour le traitement ou le confort du malade à domicile. En plus de son site Internet HOPIDOM propose une aide à la communication sur la spécialisation du pharmacien dans le MAD en disposant des livrets à destination du client.

Au travers de cette étude sur la formation de l'AMTD en France nous avons pu nous rendre compte que la formation continue reste indispensable dans ce domaine afin que le pharmacien devienne un acteur clé du système. Elle représente 10% du budget formation en 2003 selon UTIP. D'autant plus que si le pharmacien veut aller plus loin que la dispensation du matériel, il doit être formé et compétent dans un domaine qui évolue sans cesse. En effet, malgré des reformes en cours sur les conditions d'exercices, la formation universitaire n'est pas encore suffisante.

Tous ces atouts sont autant de forces pour le pharmacien afin qu'il puisse trouver sa place et faire face à une forte concurrence sur le marché. Car même si l'offre de service n'est pas égalitaire, les acteurs sont nombreux sur ce secteur porteur. Les concurrents directs des pharmaciens, de nos jours, sont les sociétés privées spécialisées dans le matériel médical. Mais pourront être dans l'avenir toutes autres structures de placement de personnels à domicile.

II. Les implications actuelles du pharmacien dans l'AMTD

Même si comme nous l'avons vu jusqu'à présent, le rôle du pharmacien à domicile reste très restreint au vu des nombreuses activités qu'englobe l'AMTD, il est déjà un maillon de la chaîne du système de soins à domicile.

a. Le circuit officinal dans l'AMTD

Avec **23 000 officines**, la pharmacie est le commerce de proximité le plus répandu en France. C'est un maillage qui couvre tout le territoire et accessible à tous les Français. En effet il y a en France 1 officine pour 2578 habitants et 1 pharmacien titulaire pour 2115 habitants. Mais malgré cette forte présence géographique, le pharmacien, acteur du système de santé, n'a aujourd'hui qu'une activité mineure dans la globalité des services proposés par l'AMTD.

i. La délivrance de médicament à domicile

La délivrance de médicament fait partie du quotidien du pharmacien dans son officine. Mais cette activité peut être étendue au domicile du patient. En effet le portage à domicile de médicaments est autorisé depuis le décret du 25 juillet 1995 ; mais il est fortement réglementé. Aujourd'hui d'après M. LALEUF, pharmacien d'officine à Issy-les-Moulineaux, « *la délivrance à domicile est devenue une activité quasi obligatoire pour les grosses pharmacies afin de se différencier.* »

Ce terme désigne deux activités différentes (cf.annexe 7) :

La livraison de médicament est le fait de se faire livrer les médicaments à domicile par le biais d'un transporteur routier ou postal. L'essor de cette activité a entraîné l'émergence de nombreuses sociétés spécialisées dans ce transport. Le pharmacien doit remettre le médicament dans un emballage scellé, adapté au

transport, opaque, portant le nom et l'adresse du destinataire et toute autre information concernant le médicament.

La dispensation à domicile (régie par art R5104-5 du CSP) est le fait de se faire dispenser à domicile ses médicaments par un pharmacien ou par toute personne autorisée de l'officine. Cette activité est un véritable acte pharmaceutique qui doit s'accompagner d'un conseil ou toutes informations sur la prescription au patient. Le médicament peut être dispensé à domicile uniquement lorsque le patient est dans l'impossibilité de se déplacer en raison de son état de santé, son âge ou sa situation géographique.

Il faut noter que tous les pharmaciens ne sont pas touchés par ces pratiques. Il en dépend du type de clientèle et du souhait du pharmacien de s'engager dans cette activité. Les pharmaciens que nous avons interrogés voient de multiples intérêts dans la dispensation à domicile : une relation particulière avec le patient qui renforce la confiance, mais aussi un moyen d'améliorer le service du pharmacien et de communiquer sur son activité.

Il y a néanmoins des inconvénients liés, tels que le temps nécessaire à dispenser à domicile ou le coût des frais de déplacement qui sont à la charge du pharmacien.

ii. L'implication des officines dans le MAD

Parmi toutes les activités de l'AMTD, c'est dans le MAD que le pharmacien d'officine est le plus présent. En effet très souvent, il est acteur de la chaîne de distribution de matériel médical en étant dans un premier temps, une vitrine des sociétés de location/vente et d'autre part en jouant le rôle de conseiller. Mais aussi et surtout le pharmacien est présent dans l'oxygénothérapie de part le caractère réglementaire de l'oxygène médical. Considéré comme un médicament il doit être dispensé par un pharmacien ou par un tiers sous la responsabilité de celui-ci.

C'est vers cette activité que le pharmacien doit se tourner afin de rentrer et de s'imposer comme acteur incontournable de l'AMTD. En ce qui concerne le marché du MAD et plus particulièrement de la location ou vente de matériels médicaux pour le domicile, le circuit officinal représente 45% du marché. Mais il faut prendre ce chiffre avec prudence car il est masqué par le fait que dans ce secteur, le pharmacien ne travaille pas seul.

Plusieurs configurations sont possibles et envisagées par les pharmaciens pour la mise à disposition des DM à domicile :

Soit, d'une part il existe une synergie forte entre certains prestataires privés et les officines. C'est le cas de la société LOCAPHARM. Selon M. CARON, PDG de LOCAPHARM, cette synergie permet d'apporter un service de qualité, une réactivité, une efficacité et aussi une sérénité du client. Dans ce cas le pharmacien est l'interlocuteur privilégié du patient et sous traite le stockage, la livraison, la désinfection, le maintien... du matériel. Il intervient au domicile du patient pour l'entretien de matériel notamment pour les pompes à morphine, l'oxygène ou autres services. Le pharmacien dans ce cas travaille en collaboration avec le prestataire privé. L'officine est dans ce cas plus qu'une vitrine pour le prestataire ; elle participe réellement au MAD en proposant même des services complémentaires de télé-assistance, qu'elle peut assurer grâce à ces gardes. Le patient a un interlocuteur 24h sur 24.

Soit une pharmacie peut se regrouper avec d'autres pharmacies et ainsi former un réseau puissant. Grâce à ces regroupements, les officines peuvent bénéficier de l'effet de masse et ainsi obtenir des prix compétitifs auprès des fabricants ou encore se doter de locaux appropriés au stockage et à la dispensation de matériel médical. De nombreuses petites officines se sont regroupées pour permettre de pratiquer l'activité de dispensation de matériel médical dans des conditions optimales de sécurité et de qualité.

Le pharmacien peut aussi tenter sa chance seul en organisant lui-même ce service. Il doit dans ce cas investir de gros moyens financiers, posséder une superficie de vente et de stockage énorme et être plus que motivé afin d'être à la hauteur des attentes des patients.

iii. Les autres implications des officines

1. Les réseaux de soins

Les pharmaciens d'officines, pour certains d'entre eux, ont tenté l'expérience des réseaux de soins pour participer à l'offre globale de l'AMTD. Afin notamment de ne pas limiter son activité au MAD, comme nous l'avons défini dans ce travail. Mais c'est, d'après M. CAPDEVILLE, président de la fédération des pharmaciens de France, un investissement lourd pour les officinaux qui n'ont pas encore les moyens suffisants pour participer à de telles expériences de santé publique.

Les réseaux de soins constituent une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Les ordonnances Juppé du 24 avril 1996 sont les premières bases juridiques à asseoir le statut des réseaux de soins, pour une meilleure prise en charge des patients et l'amélioration de la qualité des soins. Leurs financements ont été facilités par la loi SOUBIE en 2000 et leurs agréments renforcés par l'amendement EVIN à la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2001. Ils fonctionnent le plus souvent sous la forme d'une association loi 1901.

Ils sont composés d'acteurs : professionnels des champs sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, associations d'usagers ou de quartier, institutions locales ou décentralisées. La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et

se fonde sur la définition commune d'objectifs. L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement la prise en charge de personnes malades ou susceptibles de l'être mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé.

Il existe en France plusieurs types de réseaux en fonction de leur mode de financement. On compterait en 2002 plus de 1000 réseaux de soins dans des domaines très variés dont 20% seraient concentrés sur la prise en charge à domicile. Alors que l'implication des pharmaciens dans les réseaux de soins reste au cœur des débats de la profession, certains exemples comme INFOMAD, PHARMASSDY, montrent bien que les pharmaciens ont leur place au sein de ces réseaux notamment dans le domaine de l'AMTD.

2. Le pharmacien dans l'HAD

Dans le cadre de l'HAD le pharmacien de ville n'est qu'un intervenant extérieur et très souvent absent du réseau. Son rôle se limite à la délivrance des médicaments lorsqu'ils ne sont pas fournis directement par la pharmacie hospitalière. Dans ce cas, il adresse sa facture à l'établissement HAD si celui-ci a inclut le coût des médicaments dans son forfait ou à la sécurité sociale dans le cas inverse.

Certains gros établissements d'HAD sont des exceptions et ont dans leur organisation un service pharmaceutique. C'est le cas de l'HAD AP-HP à Paris:

L'HAD de l'AP-HP est une des rares institutions HAD à avoir un pharmacien dans son équipe. L'HAD AP-HP fonctionne comme nous l'avons déjà vu comme un service hospitalier; le pharmacien exerce donc des fonctions de pharmacien hospitalier. Cela revient à la gestion d'une pharmacie à usage interne. Il s'occupe de la gestion des stocks, de l'approvisionnement des unités de soins, via un service de transport. Mais assure surtout la bonne dispensation des médicaments au travers le rôle de conseiller pharmaceutique auprès des infirmières coordinatrices. Dans le service, une tendance est à la « dispensation nominative » afin de suivre les volontés

des pouvoirs publics (médicament T2A : Financement de ces médicaments sur facturation), le pharmacien procède donc à la validation de ces ordonnances.

3. Le pharmacien dans les SSIAD et les SAAD

Le pharmacien dans ces systèmes de pris en charge, n'a qu'un rôle minime, qui se résume à la dispensation de médicament au domicile (activité régie par le CSP).

b. Les dispositifs médicaux à domicile

Après avoir situé comment une personne pouvait être assistée à domicile et quels en étaient les intervenants, il est nécessaire de préciser quels matériels vont pouvoir l'aider au quotidien. Nous avons pu voir jusqu'à présent que le pharmacien est le professionnel le plus impliqué dans la distribution de matériels médicaux pour assister une personne à son domicile.

i. Introduction

Le matériel médical est dénommé « dispositif médical » soit DM. La définition est établie par l'art. L5211-1 du CSP : « *On entend par dispositif médical tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens.* »

Chaque DM est classé en fonction de plusieurs critères dont sa destination, selon quatre catégories, I, IIa, IIb, III. Ainsi plus le dispositif sera en contact avec les

parties vulnérables du corps, plus le numéro sera important. Dans son livre, C.CAMUZEUX, pharmacien directeur de la formation, qualité et de la sécurité chez LOCAPHARM, met en évidence le fait que pour le maintien à domicile, cette classification présente peu d'intérêt car la grande majorité des DM utilisés appartiennent à la classe I. Il propose donc un classement plus adapté aux activités de l'AMTD :

Les aides techniques : ensemble du matériel permettant la réalisation de certains actes de vie quotidienne par des personnes atteintes d'un handicap. Le but étant de pouvoir compenser voire surmonter le handicap afin de donner une autonomie maximale.

Les DM de soins : ensemble de dispositifs spécialisés intervenant dans le traitement de pathologies ; les aides du système respiratoire, les aides à la nutrition orale ou entérale, les aides à la perfusion et diverses autres techniques.

Les matériels divers : certains nombres de produits souvent à la limite des dispositifs médicaux qui se rapprochent des accessoires de confort.

En ce qui concerne la désinfection du matériel dans le cadre du maintien à domicile, celui destiné à la vente ne pose aucun problème mais celui de location peut être à risque. Or, une étude, réalisée en novembre 2002 pour le bulletin de l'ordre, montre que la désinfection du matériel de MAD ne fait actuellement l'objet d'aucune réglementation, contrairement à ce qui existe en milieu hospitalier où le matériel similaire subit une série de traitements très contrôlés. Seules existent quelques courtes mentions de recommandation dans les textes, notamment dans la convention nationale de 2002 de la Sécurité sociale. En pratique, même si le risque de transmission de germes semble réduit, la notion d'infection doit être prise en compte. En effet si l'on s'inspire de la classification utilisée dans les hôpitaux, la majeure partie des DM à domicile sont non critique (contact avec la peau saine), mais le matériel destiné à l'appareil ventilatoire est semi-critique (contact avec des muqueuses ou la peau lésée).

L'enquête réalisée montre que les fournisseurs de matériel sont conscients du risque et mettent aujourd'hui en œuvre un ensemble de mesure de nettoyage, désinfection, isolement, stockage, etc.

Tous ces DM utilisés dans l'AMTD peuvent faire l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. Elle repose sur l'ouverture des droits de l'assuré et l'existence du produit sur la LPPR (Liste de Produits et Prestations Remboursable). La LPPR qui a succédé au TIPS depuis janvier 2003 garde la structure globale du TIPS en titres (IV) et chapitres (cf. annexe 8) même si des modifications de codification et de tarification y apparaissent. Un produit doit avoir un marquage CE ainsi que l'avis favorable de deux autres commissions d'évaluation du service médical rendu et de la fixation du tarif de remboursement (CEPP, CEPS) pour pouvoir être inscrit sur la LPPR.

Seul le matériel inscrit sur la LPPR fait l'objet d'un remboursement sur prescription médicale. Le prix de vente de la plupart des produits de la LPPR étant libre, le patient sera remboursé sur la base du tarif de la liste LPPR.

Intéressons-nous maintenant à la description du matériel à domicile que le pharmacien doit connaître afin de le délivrer mais aussi de conseiller, informer et suivre son patient.

ii. La chambre du malade

Quel que soit le type de prise en charge à domicile, HAD, SSIAD, MAD, l'aménagement de la chambre du patient est une des premières préoccupations du malade et de son entourage. Le pharmacien, souvent sollicité pour des renseignements, doit définir les besoins du patient en évaluant son handicap et en prenant compte des possibilités d'installation vis à vis du domicile et des ressources du malade. Tout doit être fait pour le patient afin d'améliorer son confort et sa

sécurité. Le pharmacien est le professionnel de première ligne qui doit prendre en charge plus qu'une prescription, un malade et sa famille souvent désorientés.

1. Le lit

C'est évidemment un élément essentiel du confort et du traitement du malade à son domicile. Il permet l'adaptation aux soins dans les meilleures conditions. Dans le milieu médical, il se définit comme l'ensemble « piétement, sommier et montant. » Pour être remboursé, il doit être délivré sur ordonnance.

Le plus souvent le lit est mis en location chez le malade. Ce type de forfait est pris en charge et inclus la gestion du dossier, la démonstration mais aussi les accessoires tels que la potence, les barrières, tige porte-sérum... ce type de tarif a été mis en place afin d'éviter les prescriptions d'accessoires inutiles.

La prise en charge de l'achat du lit est possible pour certains types de malade. Dans ce cas les accessoires sont aussi pris en charge à l'exception des barrières. Cet achat est renouvelable tous les 5 ans. De même qu'un forfait de réparation peut être envisagé.

Il existe différents types de lit en fonction de la morphologie du malade, des types de soins à apporter et de l'aménagement de la chambre. Le sommier peut présenter deux, trois ou quatre plans qui sont commandés dans la plus part des cas par des moteurs électriques. Les montants en acier permettent de régler la hauteur du lit.

Uniquement à l'achat, les matelas de base pour lit médical sont en mousse polyester recouverts d'une housse lavable. Ils sont classiquement en un seul morceau mais peuvent se présenter en trois parties afin d'épouser la forme du sommier. Seule la prise en charge des matelas en une seule pièce peut être effectuée.



Lit médicalisé équipé :
Source catalogue
LOCAPHARM 2004

2. La prévention de l'escarre

La chambre du malade doit être équipée de matériels contre les escarres si le malade en présente des risques. Cette pathologie semble toucher 5% des lits d'hôpitaux en France. Il faut donc lors du placement du malade à son domicile évaluer les facteurs de risques et essayer de prédire l'apparition d'escarres. Pour cela les équipes médicales utilisent l'échelle de Norton. Elle permet d'attribuer une note en fonction de cinq critères notés de 4 à 1. Le risque survient si le malade obtient une note de 14 ou moins. La prise en charge de matériels d'aide à la prévention de l'escarre dépend du score obtenu par le malade depuis la mise en service de la LPPR.

Dans la chambre du malade à domicile, on peut trouver les produits suivants :

- Matelas et sur-matelas qui existent en cinq catégories, à air, à eau, en gel, en fibres ou en mousse. Leurs caractéristiques permettent d'aller de la prévention des escarres de stade 1 (Érythème cutané sur une peau apparemment intacte ne disparaissant pas après la levée de la pression) jusqu'au soin d'escarres de stade

4 (nécrose tissulaire et/ou détérioration, des muscles, du tissu osseux ou des tissus sous-jacents avec ou sans dommage du derme et de l'épiderme.)

- Coussins, comme les matelas ils visent à diminuer les facteurs de risques extrinsèques. On retrouve les mêmes catégories que pour les matelas. Les cousins font aussi l'objet d'une prise en charge.

3. Le confort du malade

Il existe d'autres produits présents dans la chambre du malade qui ont pour but d'améliorer et de faciliter la vie quotidienne du patient. On y trouve :

- La potence sur socle ; permet d'aider le patient à se lever. Son assise indépendante lui permet de se placer prêt de tout meuble. Ce produit est pris en charge à la location.
- Le pied à serum ; ici encore facilite le déplacement du malade grâce à son pied sur roulette. La LPPR permet une prise en charge à la location.
- La table de lit ; permet au malade de prendre ses repas, de lire ou d'écrire restant assis dans son lit. Cet accessoire n'a pas de prise en charge.
- Le soulève malade ; facilite les transferts les plus fréquents, il permet de soulever le malade pour le déplacer du lit au fauteuil. Ce produit n'est pas pris en charge à l'achat mais fait l'objet d'une inscription sur la LPPR pour la location.





Soulève malade :
Source catalogue
LOCAPHARM 2004

- Le siège coquille ; permet de maintenir la personne en position assise tout en étant bien calée. Un jeu de cale et de repose pied facilite la bonne posture du malade. Certains modèles peuvent être sur-mesure. Ce produit est pris en charge à la location comme à la vente.
- Le fauteuil de confort.

iii. Aide à la marche

Cette gamme de produits regroupe les appareils les plus simples à des accessoires les plus perfectionnés. C'est la gamme la plus importante en nombre de référence. Dans le cas de l'AMTD le pharmacien est amené à délivrer un grand nombre d'articles d'aide à la marche. Nous n'allons pas développer tous ces articles dans ce paragraphe mais seulement les citer en les regroupant par catégories. En effet il existe 3 catégories de matériels d'aide à la marche :

- Le matériel fixe : les barres et mains courantes qui sont d'une grande utilité à la maison pour le déplacement et la toilette de la personne âgée.
- Les déambulateurs : l'ensemble de ces appareils est pris en charge à la vente ou la location. On y trouve des cadres de marche fixe ou articulés et le rollator à deux ou trois roues.

- Les cannes : on retrouve dans cette catégorie tout type de cannes bois ou métallique, des cannes anglaises et des béquilles. Il y a suivant les articles des prises en charge soit à la vente soit à la location.

iv. Véhicules pour handicapés physiques (VHP)

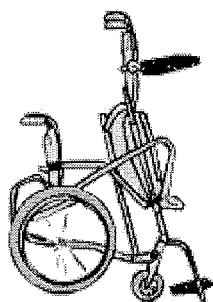
Nous allons consacrer un paragraphe aux VHP qui constituent une catégorie d'articles que le pharmacien dans le cadre de son activité est amené à délivrer en grand nombre, cela nécessitant un agrément et une formation particulière. Le fauteuil doit être parfaitement adapté aux besoins de son utilisateur. Il doit prendre en compte sa morphologie, son cadre de vie ses activités et ses déplacements. C'est pour cela que le pharmacien sera amené à aller au domicile du patient pour vérifier passage, accessibilité... afin de présenter le model le plus adéquat.

Afin d'obtenir l'agrément desservi par la Sécurité sociale, le pharmacien doit répondre à deux exigences : d'une part l'obtention d'une attestation de stage suivi au CERAH (Centre d'étude et de recherche sur l'appareillage pour handicapé) sur deux jours et d'autre part l'aménagement de locaux répondant à certaines normes (accès facilité, surface de 16 m², toilettes spéciaux, atelier de petites réparations.)

Pour être pris en charge un fauteuil doit être homologué par le CERAH. Chaque modèle possède un numéro en fonction de son année d'homologation. Cette prise en charge peut être effectuée soit à la location en fonction du type d'accessoires accompagnant le fauteuil soit à la vente. La LLPR consacre un chapitre entier (IV) aux VHP. Le prix moyen d'un VHP peut varier entre 3 000 et 10 000 € en fonction du modèle (manuel, électrique...)

Parmi les VHP on recense :

- Les fauteuils roulants manuels qui regroupe les fauteuils classiques, fauteuils pour enfant, fauteuils léger, fauteuils pour hémiparalysé, fauteuils verticalisateurs, fauteuils pour amputé, fauteuils pour activités sportives.



Fauteuil verticalisateur :

Source catalogue

LOCAPHARM 2004

- Les fauteuils roulants électriques dont l'offre de nos jours est très variée et permet de répondre aux exigences des utilisateurs. Ils sont pris en charge en fonction du type de dossier et de l'assise.
- Autres articles roulants comme les voiturettes, poussettes, tricycles.

Afin d'être réactif le pharmacien s'il souhaite travailler seul dans la délivrance de VHP devra, avant de choisir un fournisseur, se renseigner sur l'efficacité du service après vente, et s'assurer qu'il pourra obtenir rapidement des pièces détachées.

v. Oxygénothérapie

Le traitement des maladies respiratoires et d'autres pathologies peut parfois conduire à l'utilisation de l'oxygène pour suppléer ou amener un apport vital à l'organisme. L'oxygène est un gaz médical répondant à la définition d'un médicament prévue par l'article 5111-1 du CSP. Il est donc soumis à une autorisation de mise sur le marché (AMM) qui a été octroyé aux cinq premiers gaziers durant l'été 1997, ces établissements ont désormais le statut d'établissements pharmaceutiques.

1. L'oxygène à domicile

La délivrance à domicile de l'oxygène médical est prévue par l'art L.4211-5 du CSP, elle est à différencier de la distribution qui est un acte purement technique : Seul le pharmacien ou des personnes morales autorisées par le préfet sous la responsabilité du pharmacien et suivant les bonnes pratiques de dispensation de l'oxygène (BPDO) sont autorisés à la délivrance. Les BPDO par l'arrêté ministériel du 17 novembre 2000 fixe les bonnes pratiques. De plus l'ordre des pharmaciens a rédigé des recommandations pour l'application des BPDO (cf. annexe 9)

Dans le cadre de l'oxygénothérapie, la LPPR prévoit une prise en charge de nombreux forfaits. Ils comprennent des prestations techniques et des prestations administratives :

- Prestations techniques ; le pharmacien livre et met à disposition le matériel, informe le patient et assure une maintenance technique, un service d'entretien 24 h sur 24 et 7 jours de la semaine.
- Prestations administratives ; le pharmacien prend en charge la gestion du dossier et la continuité des services en cas de changement temporaire de résidence.

2. Les indications

L'oxygénothérapie est une inhalation d'oxygène pur ou d'air enrichi en oxygène dont le principe essentiel à domicile repose sur l'administration d'oxygène si possible en continu et à long terme. Il a été montré que tous les schémas d'assistance thérapeutique à domicile nécessitent un minimum requis de 15 h sur 24. On retrouve son indication dans deux types de pathologies.

Insuffisance respiratoire chronique

L'insuffisance respiratoire chronique (IRC) est l'incapacité permanente pour les poumons d'assurer des échanges gazeux normaux et donc d'oxygéner de façon satisfaisante les tissus et les cellules de l'organisme. L'oxygénothérapie va permettre de combattre les effets néfastes de l'hypoxie prolongés engendré par IRC. L'IRC est du notamment aux broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), et parmi elles, le plus souvent la bronchite chronique que l'emphysème.

Les décompensations aiguës

On aura dans ce cas des patients qui souffre d'IRC consécutive à différentes pathologies. Une amélioration de l'espérance de vie a été mise en évidence sous oxygénothérapie.

3. Les différents types de systèmes

Trois sources d'approvisionnement d'oxygène peuvent être utilisées. Sur le plan médical, il n'y a aucune raison de préférer une source d'oxygène plutôt qu'une autre, l'O₂ délivré ayant les mêmes qualités thérapeutiques quelle qu'en soit la source. C'est donc sur des bases techniques, de confort et de coût que l'on choisira une source ou l'autre et non sur des critères proprement médicaux. Il faudra le cas échéant tenir compte des déplacements du malade avec sa source d'oxygène.

a. L'oxygène en obus gazeux

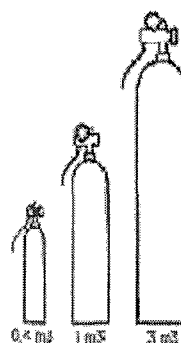
L'O₂ gazeux se présente sous forme de bouteilles (obus) de différentes contenances. Elles sont toujours peintes en blanc (ce qui les différencie de l'O₂ industriel). Dans ces bouteilles, l'O₂ est stocké sous forme gazeuse et est comprimé à

une pression de 200 bars (la pression atmosphérique est égale à 1 bar). Grâce à cette pression, le volume d'O₂ gazeux que peuvent libérer les bouteilles est important :

3 000 litres ou 3 m³ pour les grandes bouteilles

1 000 litres ou 1 m³ pour les bouteilles moyennes

400 litres ou 0,4 m³ pour les petites bouteilles



A la sortie des bouteilles, la pression du gaz est trop forte pour qu'on puisse l'utiliser ainsi. Il faut donc ajouter un manodétendeur qui réduira cette pression à 3 bars environs. Le manomètre permet de vérifier la pression à la sortie de la bouteille. Lorsque celle-ci est pleine et ouverte, l'aiguille du manomètre indique 180 à 200 bars. Au fur et à mesure que la bouteille se vide, la pression baisse lentement. Un débitlitre fixé sur le manodétendeur permet de régler et vérifier le débit d'O₂ suivant la prescription médicale.

Pour l'installation à domicile il faut prendre en compte le fait que les bouteilles de 3 m³ pèsent 20 kg. Il est donc recommandé de faire stocker les bouteilles le plus près possible de l'endroit où le malade se tient le plus souvent (une trop grande longueur de tuyau peut nuire à une bonne oxygénothérapie).

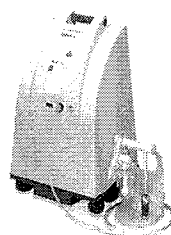
Pour les déplacements, de petits obus d'O₂ gazeux pourront être mis à la disposition. Leur contenance peut varier de 0,4 m³ à 1 m³ et leur poids de 3,3 kg à 9 kg. Ces petites bouteilles sont équipées d'un manodétendeur et d'un débitmètre permettant l'administration de l'O₂ pendant la déambulation en application de la prescription médicale.

b. Extracteur ou concentrateur d'O₂

Ces appareils se présentent sous forme d'un petit meuble sur roulettes et pèsent 20 à 30 kg. Ils sont branchés sur le réseau électrique normal. Quelle que soit leur marque, tous les appareils ont le même principe de fonctionnement. A partir de l'air ambiant :

L'oxygène est séparé de l'azote

L'oxygène est concentré.



L'air ambiant est comprimé grâce à un moteur électrique. Il passe ensuite dans un cylindre étanche contenant une matière spéciale : la zéolithe qui a la propriété de retenir l'azote et de laisser passer l'oxygène. L'ensemble cylindre et zéolithe est appelé TAMIS. Dans les extracteurs, il y a généralement deux tamis. Quand le premier "travaille", le second est nettoyé, et vice versa. A la sortie de l'appareil, le gaz est très enrichi en oxygène. La teneur en oxygène est de l'ordre de 95% pour des débits inférieurs à 2,5 l/min.

Lors de l'installation à domicile il faut trouver la place "idéale" pour l'extracteur. Toutefois, il est possible de le déplacer grâce aux roulettes pour trouver un meilleur endroit en fonction des activités quotidiennes du malade.

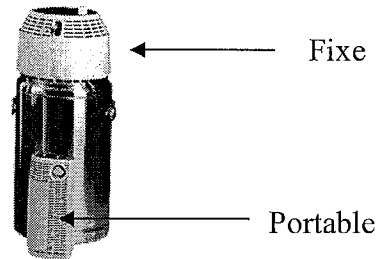
L'emplacement de l'extracteur doit cependant répondre à plusieurs impératifs : la prise de courant électrique doit être en bon état. Suivant le modèle de l'extracteur, une prise de terre sera ou non nécessaire ; l'appareil ne doit pas être enfermé dans un réduit (placard, armoire...). La pièce dans laquelle se trouve l'appareil doit être aérée et

non humide. Il faut éviter la salle de bain, ne jamais couvrir l'extracteur et laisser les orifices d'entrée d'air dégagés.

c. L'oxygène liquide

Quelle que soit la marque du matériel utilisé, le dispositif d'O₂ liquide se compose toujours :

d'un réservoir fixe d'O₂,
d'un petit réservoir d'O₂ portable.



Le réservoir fixe est installé et reste au domicile du patient. C'est un cylindre de 40 à 75 kg suivant les modèles. Il permet le stockage de l'O₂ sous forme liquide à -183°. Sa contenance peut aller de 20 à 44 litres selon le matériel. Certains modèles disposent d'une valve économiseur et d'un humidificateur. Ce réservoir doit être régulièrement rempli par les distributeurs agréés. La périodicité varie avec la consommation d'O₂ du patient.

Le réservoir portable varie d'une capacité de 0,5 l à 1,2 l d'oxygène liquide suivant les modèles. Il peut se porter en bandoulière ou être disposé sur un caddie. Son poids varie de 2,2 kg à 4,5 kg. Ce matériel facilite la déambulation. Il est rempli par le patient lui-même à partir de la source fixe.

d. Les voies d'administration

Les lunettes à oxygène semble être la voie la plus utilisée par les patients. Elles sont constituées de deux petits tuyaux pénétrant de quelques centimètres dans les narines. Elles sont reliées à un raccord d'oxygène et s'accrochent aux oreilles. Elles sont efficaces et bien tolérées lors d'oxygénothérapie de longue durée. Toutefois, leur

mobilité rend paradoxalement leur utilisation moins efficace pendant le sommeil. De même, leur bonne tolérance, due à la faible longueur des embouts nasaux, les rend par contre inutile lors d'encombrement rhino-pharyngé. Il faut les changer une fois par mois.

Il existe d'autres voies tel que le cathéter trans-trachéal, placé dans un petit orifice percé à la face antérieure de la trachée, le cathéter trans-trachéal assure une excellente oxygénation. Son inconvénient principal est la difficulté du change et la nécessité d'instillations régulières pour éviter toute obstruction.

Au niveau de cette thérapie complexe, le pharmacien aura un rôle important de conseil sur les bonnes pratiques d'utilisation lors de la mise en place au domicile mais aussi tout au long du suivi du patient afin d'apporter un service de qualité.

vi. Aérosolthérapie

Cette technique permet, par la mise en suspension de médicament dans l'air, éventuellement dans l'oxygène, le traitement in situ de certaines pathologies. Certaines pathologies, ORL (sinusites, otites) et broncho-pulmonaires (asthme, bronchite chronique, mucoviscidose) nécessitent l'administration d'aérosols.

L'intérêt de l'aérosolthérapie présente 4 avantages majeurs :

- Administration directe au niveau de l'organe à soigner : sphère ORL, bronches, poumons.
- Moins d'effets secondaires (effets indésirables d'un traitement) car des doses plus faibles de produit sont utilisées et il y a moins de passage du médicament dans le sang.
- Rapidité d'action
- Humidification des voies aériennes

1. les différents types de système

Il existe deux systèmes différents de générateur d'aérosols, les pneumatiques et les ultrasoniques selon la façon dont les particules médicamenteuses sont mises en suspension dans un gaz ou un mélange gazeux. La taille des particules qui composent l'aérosol conditionne le site où le médicament nébulisé va parvenir et donc l'efficacité thérapeutique et l'observance du traitement.

Les appareils de type pneumatique

Cet appareil comprend deux parties le nébuliseur proprement dit, dans lequel on place la solution à nébuliser, et le compresseur. Le produit actif est soit prêt à l'emploi soit à mettre en solution dans du sérum physiologique. La préparation médicamenteuse est nébulisée sous l'effet d'un gaz comprimé qui peut être stocké sous pression ou produit par un compresseur.



Les appareils de type ultrasonique

Sous l'effet de vibrations produites par un quartz, la préparation médicamenteuse forme des particules dont la taille est inversement proportionnelle à la fréquence de vibration. Il s'agit du phénomène physique de cavitation. Certains appareils sont munis d'un ventilateur qui pulvérise les gouttelettes respirables hors de la cuve de nébulisation vers un masque ou un embout buccal, alors que dans d'autres appareils c'est le patient qui, en inhalant, mobilise l'aérosol.



2. Le choix du dispositif

Le choix du type d'aérosol repose à la fois sur le produit ou le mélange à diffuser et sur les spécificités techniques de l'appareil en fonction de l'organe visé. Le rôle du pharmacien sera de conseiller l'appareil adapté au cas du patient. Ce choix sera fait en fonction de :

- La pathologie à traiter : ORL, bronchique ou pulmonaire
- L'âge du patient : chez le jeune enfant et le nourrisson on utilisera des masques adaptés.
- L'existence ou non d'une trachéotomie : chez un patient trachéotomisé, il faut un générateur d'aérosol de grande capacité.
- Médicament : une solution huileuse ne peut pas être utilisée dans un appareil ultrasonique.

La LPPR est particulièrement complexe pour ce traitement. Mais qu'elle que soit le choix du dispositif, il faut une ordonnance pour être pris en charge. Celle-ci ne prévoit que la location du générateur est la vente du consommable.

vii. La Pression Positive Continue (PPC)

1. Définition

Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) se caractérise par des arrêts de la respiration ou apnées, fréquents (plus de cinq par heure) et de longue durée (plus de dix secondes), dus à une occlusion des voies aériennes supérieures entraînant un sommeil de mauvaise qualité et une hypoxémie. Le SAOS est diagnostiqué le plus souvent devant l'association de ronflements et de somnolence anormale durant la journée. C'est une maladie très fréquente : on estime que 4% des

hommes et 2% des femmes sont atteints de syndrome d'apnées obstructives du sommeil.

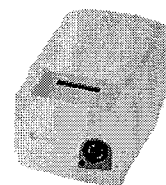
2. Traitement

Le traitement de choix actuellement est la ventilation spontanée en pression positive continue (C.P.A.P.). L'unité de pression C.P.A.P. est réglée spécifiquement aux besoins de chaque personne pour empêcher l'affaissement de la voie aérienne ou de la gorge. La pression varie selon la gravité de l'apnée du sommeil. Un masque C.P.A.P. est tenu en place par un bandeau ; le tube va du masque à l'unité C.P.A.P. L'unité C.P.A.P. est branchée dans la prise électrique et fournit un écoulement constant d'air au masque. D'autres traitements existent comme la chirurgie ou la radiofréquence mais ne rentrent pas dans les DM à domicile.

Le système C.P.A.P. n'est pas une thérapie facile à utiliser et les gens tendent à abandonner s'ils ne remarquent pas tout de suite un grand changement. L'éducation et le suivi sur l'utilisation efficace du C.P.A.P. sont très importants pour le traitement. Les problèmes comme l'ajustage du masque, la rougeur autour du nez ou la sécheresse nasale sont des raisons communes pour lesquelles les gens veulent abandonner. Le pharmacien doit suivre son patient lors de la mise en place d'un tel traitement.

3. Matériel utilisé

Le choix du matériel est fait par le médecin qui établit la prescription en précisant l'appareil (générateur de pression). Le plus souvent il s'agit d'une PPC (Pression Positive Continue) : certains appareils délivrent l'air avec une pression constante, d'autres adaptent le niveau de pression en fonction des événements respiratoires (apnées, hypopnées) et/ou des ronflements.



Le masque: est choisi au début du traitement, mais ce choix pourra être modifié ultérieurement en fonction des effets secondaires possibles (irritation, inconfort) et/ou des fuites éventuelles car il doit être étanche et confortable.

viii. Les nutritions artificielles

Dès lors que la nutrition orale n'est plus possible, insuffisante ou inefficace, il faut recourir à d'autres de mode de nutrition. Deux méthodes sont proposées :

- **La nutrition parentérale.** Elle consiste à administrer par voie veineuse périphérique ou centrale les nutriments nécessaires. Elle est plutôt utilisée en milieu hospitalier car il se pose souvent des problèmes de tolérance des produits et coûte très cher. De plus elle est moins physiologique que la nutrition entérale.
- **La nutrition entérale.** La nutrition entérale (NE) consiste en l'apport de nutriments dans le tube digestif par l'intermédiaire d'une sonde, de façon à couvrir les besoins nutritionnels quotidiens ou à lutter contre une dénutrition. Cette technique est simple, peu risquée, et son coût est faible.

Plus adapté au domicile, la NE connaît un nouvel essor depuis peu. Jusqu'en octobre 2000 la LPPR ne prévoyait pas de remboursement de la NE à domicile, réservant l'exclusivité de la distribution au circuit hospitalier. Depuis cette date des tarifs forfaitaires existent. Ces nouvelles mesures de prise en charge associées à de nouvelles techniques ont permis d'étendre ce marché à l'officine mais aussi aux sociétés spécialisées. Le pharmacien d'officine est très sollicité pour la mise en place et le suivi de cette technique à domicile. Nous allons donc nous intéresser de plus près à la NE.

1. La nutrition entérale : indications

Elles sont multiples, mais peuvent être regroupées en trois classes suivant que les conditions d'apport per os sont :

- insuffisantes, dans le cas des anorexies
- impossible, lorsqu'il existe un obstacle digestif haut (oesophage par exemple)
- contre-indiqués, c'est le cas lors d'entéropathies, de troubles de déglutition d'origine périphérique ou centrale.

2. Modes d'administration

En nutrition entérale, le nutriment est amené dans les voies digestives naturelles (estomac ou intestin) soit en passant par le nez, soit en traversant la paroi abdominale par une stomie.

En l'absence de risque de pneumopathie d'inhalation, la sonde naso-gastrique ou naso-duodénale reste largement utilisée. Elle doit être changée régulièrement (entre 5 semaines et 3 mois suivant les modèles) que la sonde soit siliconées ou en polyuréthane. Certains patients posent et enlèvent eux-mêmes leur sonde, de façon à pouvoir se livrer sans gêne à une activité normale. Cette voie d'administration est la plus facile dans le cas de l'AMTD. La LPPR prévoit maintenant le remboursement de ce type de sonde.

S'il existe des risques de reflux, des troubles de conscience, une sténose digestive haute, un refus de la sonde naso-gastrique, l'apport entéral peut se faire par gastrostomie réalisée sous anesthésie générale. Ce dispositif plus confortable évite notamment à la sonde de bouger.

3. Voies d'administration

Il existe trois voies d'administration des nutriments en NE à domicile suivant l'état du malade, de son entourage, de sa pathologie et du nutriment employé.

La nutrition par seringue : Une grosse seringue de 50 ou 60 ml dite de gavage contient le nutriment. Cette technique facile à mettre en œuvre, du côté du matériel, est contraignante du fait de la répétition des manœuvres pour faire prendre une quantité suffisante de nutriments. En effet le bolus de 200 à 500 ml est administré toutes les 3 à 4 heures. La LPPR ne prévoit aucune prise en charge spécifique.

Le système par gravité : Si le tube digestif est normal et en l'absence d'une cause de gastroparésie ou de ralentissement du transit digestif, l'apport peut se faire par gravité, c'est-à-dire sans adjonction de pompe. Le contenant est placé en position haute sur une tige porte-sérum. Placé à un minimum de 80 cm, il est relié par une ligne à la sonde. Une chambre de goutte à goutte et une molette permettent de régler le débit. Ce système possède maintenant une prise en charge à la LPPR.

La nutrition par pompe : C'est le système le plus répandue et le plus facile à mettre en place pour passer des volumes conséquents. On obtient par de telles nutri-pompes une parfaite régularité du débit. Elles fonctionnent à l'électricité et la LPPR impose la présence d'une batterie de secours.

ix. Les perfusions

Malgré son caractère invasif, la perfusion est un mode d'administration de plus en plus utilisé à domicile. Cette méthode est maintenant pratiquée fréquemment en chimiothérapie, antibiothérapie et dans une lutte contre la douleur. La perfusion permet le retour au domicile de nombreux cas.

1. Technique et voies d'administration

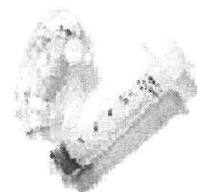
Une perfusion se définit comme une introduction longue et continue d'une solution dans l'organisme. Sous le terme de « perfusion » sont regroupées plusieurs techniques qui prennent en compte la durée du traitement et le mode d'administration. La classification selon la durée du traitement reste la plus courante.

En cas d'utilisation ponctuelle l'injection est principalement réalisée par voie intraveineuse ou sous-cutanée. La durée maximale est de 3 jours. Dans ce cas un cathéter court ou une aiguille à ailettes sont utilisés sur le bras du patient. Si les injections doivent être répétées, un système central est mis en place pour le confort du malade, en raison de la toxicité des produits (chimiothérapie) et du souci de préserver le capital veineux. Alors dans ce cas on utilise un cathéter long, posé sous anesthésie locale (AL), une chambre implantable pour perfusion, posé près de la clavicule sous AL ou encore une pompe implantable, pour l'insulinothérapie.

2. Matériels

On distingue généralement 2 catégories de dispositifs d'administration, les systèmes mécaniques dit passifs et les systèmes actifs.

Les systèmes mécaniques : ils fonctionnent sans apport d'énergie extérieure, ils sont appelés diffuseur portable. Le système le plus



répandu est le dispositif à réservoirs élastomériques. La membrane presse le liquide vers la tubulure d'administration. Il existe des réservoirs pour des cures d'une demi-heure à douze jours.

Les systèmes actifs : ils fonctionnent grâce à une source externe d'énergie. On distingue les poussettes seringues et les pompes qui peuvent être fixes ou portables. Ses systèmes permettent notamment la prise d'antalgique morphinique. Il existe même des pompes morphiniques portables qui permettent une mobilité et un contrôle de la douleur par le patient.



La prise en charge de ce type de matériel, ainsi que des forfaits de mise à disposition à domicile incluant la livraison sont inscrits sur la LPPR.

A travers ces exemples de dispositifs médicaux et de traitements spécialisés à domicile nous avons pu entrevoir les multiples apports possibles sur le lieu de vie du patient. Le pharmacien intervient très souvent dans ces traitements, que ce soit dans la délivrance mais aussi dans le conseil et l'entretien des dispositifs. Donc on voit bien que son activité doit s'étendre au-delà de son officine afin de couvrir la totalité des offres de l'AMTD.

III. Les concurrents directs du pharmacien d'officine

a. Etude de marché

Les prestataires commerciaux sont au nombre de 1 200 à 1 500, mais les six principaux (dans l'ordre Orkyn'/Vitalaire, Bastide, LVL, Locapharm, D'Medidom, Nestlé Homecare) représentent 60 % de la distribution des produits et services médicaux : ce marché est donc relativement concentré.

Sont étudiés ici cinq prestataires de service que nous avons rencontrés afin de montrer les différences de positionnement pouvant exister entre eux.

1) VitalAire

Leurs prestations ont toujours pour point de départ la prescription d'un médecin, ils ont un fort positionnement sur la prise en charge des maladies chroniques.

Domaine d'activité :

- oxygénothérapie
- ventilation
- syndrome d'apnée du sommeil
- perfusion
- nutrition entérale à domicile
- équipement du domicile (lits médicalisés, fauteuils roulants, support de prévention de l'escarre, aide à la mobilité et à la toilette)
- insulinothérapie par pompe à domicile

Personnel de la société

Les équipes sont constituées de médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmiers, diététiciens, mais aussi d'administratifs et de techniciens.

Les médecins, et les spécialistes de VitalAire proposent des séminaires, des enseignements post-universitaires, des ateliers ou des conférences au personnel paramédical et au corps médical.

Produits proposés :

- oxygène en bouteille sous forme gazeuse, en réservoirs sous forme liquide ou en installant des concentrateurs
- systèmes portables avec ou sans valve permettant aux patients de se déplacer librement en intérieur ou à l'extérieur
- ventilateur en pression ou aide inspiratoire, ventilateur volumétrique, ventilateur IPPB ou relaxateur de pression

Services proposés :

Les services proposés sont multidimensionnels. Ils s'adressent à la fois :

- Aux prescripteurs (équipe hospitalière, clinique ou médecin libéral) : conseil du matériel le plus adapté au profil du patient sur la LPPR, informations régulières sur l'observance du traitement, et simplification des formalités administratives
- Au patient : mise à disposition du matériel et des accessoires, formation du patient et de son entourage, maintenance du matériel, astreinte 24h/24 et 7j/7, souvent prise en charge du patient lors de ses déplacements en France comme à l'étranger, pratique du tiers payant
- A l'infirmière libérale également (qui a été choisie par le patient), dans le cas de la perfusion (prise en charge de la douleur, traitement anti-agrégants plaquettaires, maladies du sang...), les infirmiers de Vitalaire assurent la formation à la manipulation des matériels à domicile et un soutien technique

- Aux pharmaciens hospitaliers pour la nutrition entérale à domicile : intervention des diététiciennes de VitalAir.

VitalAire revendique une offre de service très développée, qui consiste à aller bien au-delà de la simple fourniture de produits : par exemple cette entreprise prend en charge l'organisation du retour à domicile du patient auprès du médecin et entend faciliter les démarches pour le prescripteur (présentation de tous les documents réglementaires nécessaires, modèle de prescription). De plus VitalAire assure des sessions spécifiques de formation (séminaires, EPU, ateliers et conférences) destinée à l'ensemble des professionnels de santé.

Données économiques

Le chiffre d'affaires de VitalAire est de 78,8 M€ en 2002, pour un résultat net de 3,8 M€ (contre 1,6 M€ en 2001). Il représente 15 % du marché des produits et services médicaux remboursés par l'Assurance Maladie (598 M€ au total).

Stratégie

La stratégie de l'entreprise est de développer un ratio services/produits fournis le plus important possible car VitalAire estime que la valeur ajoutée se situe dans le service offert en complément du produit. Cette entreprise s'adresse en priorité aux prescripteurs et autres professionnels de la santé. Elle représente 25% du marché des prestataires commerciaux.

2) LVL Médical

La vocation de cette entreprise est d'assurer une prise en charge globale du patient, en faisant de l'appareillage à domicile une véritable prestation d'assistance.

Elle assure la mise en œuvre et le suivi de prescriptions médicales. Elle pratique les règlements par tiers payant, permettant au patient de ne pas avancer de frais.

Les prestations

- Assistance respiratoire à domicile (oxygénothérapie, apnée du sommeil,
- Perfusion et nutrition entérale à domicile
- Maintien à domicile
- Produits proposés
- prévention des escarres
- aide à la mobilité
- hygiène
- aides techniques

Données économiques

Cette entreprise est née de l'ouverture au secteur privé du marché de l'assistance respiratoire à domicile. De sa création en 1987 jusqu'en 2002, elle a bénéficié d'une croissance à deux chiffres, mais depuis 2003, elle a connu de grandes difficultés financières suite à un processus de croissance externe trop important qui a mené à un endettement fatal (qui a abouti à la cession de sa filiale anglaise Clinovia).

Tous les indicateurs financiers sont en baisse :

Chiffre d'affaires : 124,3 M€ au 30 septembre 2003 contre 165 M€ au 30 septembre 2002 et en France en 2003 61,8 M€ dont 68 % en assistance respiratoire à domicile, 24 % en perfusion, nutrition et insulinothérapie, et 8 % en maintien à domicile.

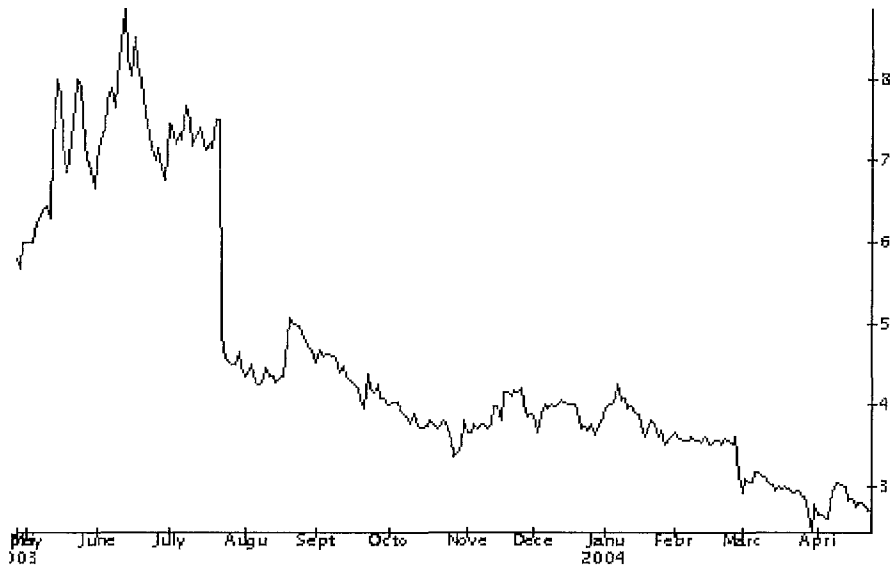
Résultat d'exploitation : -8,9 M€ contre 11,9 M€ (-8,6 M€ en France en 2003).

En 2002, effectifs de 1300 personnes dont 70 % sur le terrain

190 000 personnes prises en charge depuis 1987.

La part de marché de LVL n'a pu être déterminée, ainsi que celle de tous les autres prestataires de service.

Figure 4 : Cours de l'action LVL



Source : www.Boursoram.com, septembre 2004

Le cours d'action de LVL a considérablement chuté en août 2003 suite à un procès avec l'Assurance Maladie au sujet de remboursements contestés. Cette affaire a fait perdre la confiance des investisseurs envers LVL, et les difficultés liées à son endettement très important ont ensuite fait plonger durablement le cours de l'action (Figure 4).

Stratégie

LVL se désengage de l'activité maintien à domicile et se recentre sur les activités d'assistance respiratoire, de perfusion et de nutrition à domicile, là où la proportion de services/produits est la plus importante.

3) Distri Club Médical :

C'est un réseau national de magasins franchisés indépendants spécialisés dans la distribution du matériel médical. Les agences sont situées en centre ville afin de

faciliter l'accès des familles pour venir choisir ou retirer le matériel médical. Un ratio de 175 000 € de chiffre d'affaires par personne employée est recommandé. Le chiffre d'affaires du réseau des 39 agences en France était de 19,1 M€ en 2001, 19,9 M€ en 2002 et 18,8 en 2003.

Le franchiseur est DISTRI CLUB MEDICAL, une SA au capital de 800 000 €, détenu à 65,1% par Holding Pomart et 34,9 % par SAS Distri club Médical. Il se définit comme la référence professionnelle du matériel médical. Il n'effectue pas de location mais uniquement de la vente. Plus de 6000 références produits, sont consultables en ligne sur leur site Internet

Cette entreprise édite trois catalogues différents selon ses cibles de clients : particuliers, professionnels (médecins et collectivités) et infirmières.

Stratégie

Constituer un réseau d'agences pour vendre en direct du matériel médical aux professionnels de santé et aux particuliers.

4) Bastide le Confort Médical

Bastide est une société spécialisée dans la vente et la location de matériel médical aux particuliers (personnes âgées, malades ou handicapés) et aux professionnels (médecins, collectivités).

Les produits proposés à la vente en magasins représentent 58,3 % du chiffre d'affaires en 2003, ont trouvé des produits pour l'incontinence, des produits anti-escarre (gamme très complète dans la prévention et le traitement, depuis la fourniture de lits jusqu'aux pansements et la nutrition hyperprotéinée dont les principaux clients sont les hôpitaux, les institutions ou les particuliers) ou encore les produits d'aide à la mobilité et les produits d'hygiène et de confort

La location et les prestations de services représentent 41,7 % du chiffre d'affaires avec des activités d'assistance respiratoire, de maintien à domicile, de nutrition, perfusion, analgésie et insulinothérapie par pompe

Tableau 8 : Données économiques en k€ de Bastide

Année	2001	2002	2003
CA	43946.78	44569.99	50199.93
R.Exploitation	2976.10	3250.21	3979.98
R.Financier	-905.24	-1039.70	-729.92
R.Exceptionnel	146.65	170.74	0
Resultat Net	1430.58	1519.91	2350.00
Resultat Net Part du groupe	810.41	899.44	1729.99
Effectifs	338	416	445

Source : Rapport d'activité 2003, Bastide

Stratégie

La société adopte une stratégie de développement par la création d'un réseau de proximité grâce à ses agences bien réparties sur le territoire national et vise les patients et dans une moindre mesure les prescripteurs plutôt que les infirmières. En effet Bastide mise sur la volonté de ceux-ci de n'avoir qu'un seul interlocuteur pour simplifier leurs démarches (sachant qu'en plus les patients souffrent souvent de plusieurs pathologies simultanées). Or Bastide dispose d'une vaste gamme de produits et est bien connue du grand public. De plus la vente et la location de matériel médical sont intimement liées, l'une entraînant l'autre, la présence de Bastide en un réseau d'agences au maillage serré constitue la stratégie d'attaque du marché de la santé à domicile.

5) LOCAPHARM

Il s'agit d'une filiale d'Alliance Santé, partenaire des pharmacies depuis 30 ans, comportant plus de 5000 produits référencés et des services pour les soins et le maintien à domicile. Cette société fournit un haut niveau de services par rapport aux produits proposés (peut-être juste un peu moins que VitalAire et Orkyn' car pas de formation assurée pour les professionnels de santé extérieurs). Chez Locapharm le patient est placé au sommet de la pyramide opérationnelle. Tout est mis en œuvre pour assurer un service de grande qualité avec un suivi des services par le pharmacien partenaires.

LOCAPHARM c'est aujourd'hui :

600 collaborateurs

15 000 pharmacies partenaires

60 agences de proximité

55 000 clients dans toute la France

Un chiffre d'affaires de 60 M€.

Des services identiques à VitalAire mais en plus de la télé-assistance

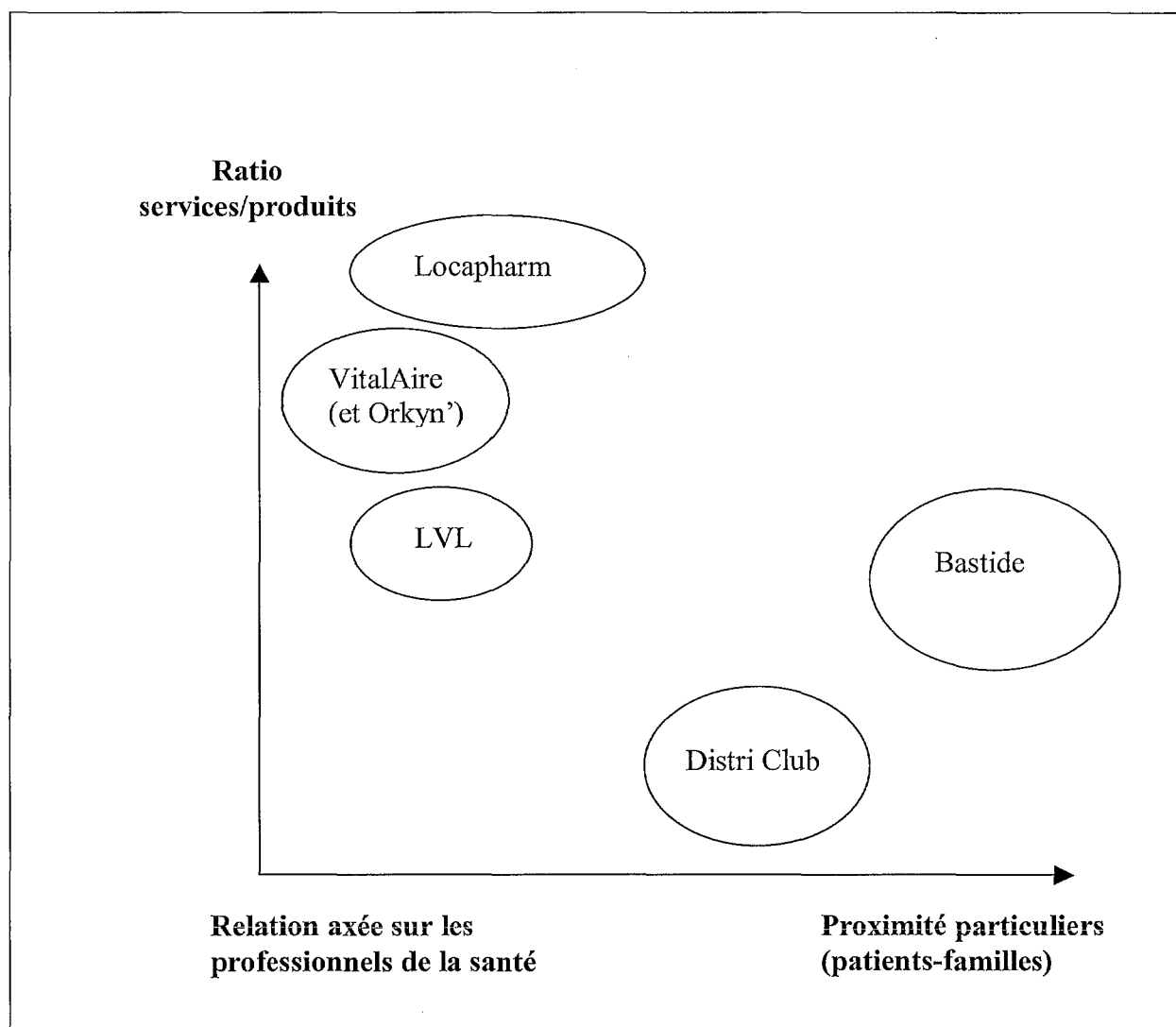
Stratégie

La société s'appuie sur le réseau de proximité des pharmaciens pour développer les activités de fourniture de produits et de prestataires de service. Car pour LOCAPHARM, il est un acteur majeur du soin à domicile.

b. Synthèse et positionnement des acteurs

On constate donc différentes stratégies des sociétés rencontrées. Elles peuvent se résumer sur le graphique suivant :

Figure 5 : Représentation graphique des différentes stratégies



Puisque le prix d'achat des produits n'est pas différenciant (mêmes fournisseurs) et que leur prix de vente est fixé réglementairement (LPPR), les entreprises sont incitées à minimiser leurs dépenses internes consacrées au service. D'autre part la concurrence entre prestataires les oblige à se distinguer par la garantie qu'elles offrent auprès du prescripteur afin que celui-ci oriente ses patients vers elles. C'est-à-dire proposer un service de qualité, un personnel compétent, et des produits en parfait état et sûrs.

Les prestataires ont donc intérêt à proposer des prestations avec un ratio services/produits élevé, c'est-à-dire se diriger vers les pathologies les plus difficiles, les mieux rémunérées par la LPPR, celles qui demandent l'intervention d'un facteur humain important via leurs équipes (formation des infirmières...). Il existe toutefois un facteur limitant, le fait que les prestataires ne décident pas toujours quels malades ils reçoivent : le médecin les leur envoie, et sauf en cas de risque majeur, les prestataires acceptent ce patient, quel que soit le ratio services/produits de la prise en charge de sa pathologie.

IV. Les perspectives d'avenir : un pharmacien au cœur du service à domicile

Tout au long de ce travail nous avons pu nous rendre compte que même si parfois le pharmacien est oublié, il est au cœur du dispositif de santé dans lequel évolue l'AMTD. Mais l'avenir du pharmacien dans ce secteur, en pleine explosion, est plus que compromis si celui-ci premièrement n'a pas les moyens d'intervenir et deuxièmement s'il n'y a pas un engagement et une motivation de sa part afin qu'il retrouve sa place dans la société. Les enjeux éthiques et économiques pour le pharmacien sont de taille avec les besoins immenses qui se profilent à l'horizon 2010.

a. Un prestataire professionnel : une formation obligatoire

Les compétences du pharmacien sont sans arrêt sollicitées dans le domaine de l'AMTD. S'il veut être un acteur irréprochable, il se doit d'être le plus compétent possible. C'est lui qui doit posséder la meilleure qualification sur ce marché ouvert à tous. Pour cela une formation de haut niveau dans ce domaine doit être à la disposition du pharmacien. D'autant plus que le vide juridique laissé par la loi française sur les conditions d'exercice du maintien à domicile provoque une inégalité du niveau de compétence des intervenants. Les prestataires non formés reçoivent les mêmes conditions de remboursements par les caisses d'assurances maladies. Le pharmacien en tant que professionnel de santé doit être le mieux formé.

Les sujets de l'AMTD sont de plus en plus abordés dans les facultés lors de la formation initiale. Mais ils restent encore sous forme de petits modules ou unités de valeurs avec peu d'heures. A l'avenir ces modules devraient être obligatoires dans toutes les facultés afin d'obtenir une égalité de formation des jeunes pharmaciens diplômés.

De même la formation par le biais de DU spécialisé est accessible à tous mais pas officialisée. Le pharmacien peut se lancer dans l'AMTD sans aucune formation complémentaire. Les pouvoirs publics semblent se poser la question d'un DU obligatoire, notamment à la demande du Président de la Fédération des Pharmaciens de France, M. CAPDEVILLE qui soutient que « *le pharmacien doit suivre une formation adaptée et obligatoire afin de répondre à la demande du malade en matière de maintien à domicile.* »

La formation est un élément clé afin de préparer au mieux le pharmacien à son intervention dans la prise en charge des personnes dépendantes à leurs domiciles. D'autant plus que de nouvelles exigences vont apparaître en matière de condition d'exercice, de prise en charge du malade, des locaux et de la qualité du service proposé. Les pharmaciens doivent être au sommet de la pyramide.

b. Intégrer des marchés de niches : Réseaux, HAD, SSIAD, SAAD

Les réseaux, comme nous avons pu le voir dans la première partie, ont été largement favorisés depuis les années 2000 et certains pharmaciens s'y sont engagés. En effet le réseau offre de multiples avantages pour le pharmacien qui l'intègre. Il lui permet tout d'abord de s'assurer un potentiel de clientèle. Il lui assure également un moyen de se faire connaître des autres professionnels de santé, et notamment des prescripteurs, comme le spécialiste du matériel et des prestations de l'AMTD. Enfin le réseau offre la possibilité d'enrichir son expérience de celles des autres membres du réseau.

Il est donc fortement conseillé au pharmacien de se rapprocher des réseaux, pouvant être les pivots de telles structures. Mais il est vrai que de nos jours, il manque un outil majeur au pharmacien pour être un acteur dans les réseaux : c'est le dossier médical personnalisé (DMP). Au Canada, par exemple, il a donné les moyens aux pharmaciens de prendre sa place dans le secteur de l'AMTD ; il permet entre autre,

une observance du patient et de lutter contre la iatropathologie médicamenteuse. Mais le ministre de la santé, M.DOUSTE-BLASY, nous a certifiés, lors d'une réflexion sur l'AMTD à l'assemblée nationale le 20 octobre 2004, que « *le DMP était un élément important pour le pharmacien et que tout sera mis en place très prochainement pour qu'il puisse y accéder.* »

Les réseaux de soins semblent constituer une solution d'avenir pour le pays et donc aussi pour le pharmacien au vu des coûts de santé publics et du vieillissement de la population. Au pharmacien de saisir cette nouvelle opportunité.

Une autre structure proche des réseaux, bien que strictement réglementée, et dont, comme nous l'avons vu, les pouvoirs publics semblent souhaiter le développement : l'HAD. Les structures HAD peuvent parfois travailler avec l'officine. En effet des professionnels de santé libéraux sont très souvent amenés à travailler en collaboration avec des structures de d'HAD qu'elles soient publiques ou privées.

Le pharmacien peut intervenir à plusieurs niveaux même si l'HAD est coordonnée par des médecins ou infirmières hospitaliers. D'une part, dans certains cas le patient pourrait se fournir des médicaments à l'officine et profiter du portage à domicile très apprécié des responsables de l'HAD. D'autre part le matériel est souvent fourni par l'hôpital mais le pharmacien, en accord avec la structure HAD, peut intervenir dans la fourniture et le suivi de la mise à disposition des dispositifs médicaux à domicile.

Des exemples en France montrent l'implication du pharmacien dans ce domaine notamment en province où le secteur de l'HAD est souvent pris en charge par des associations qui ont besoins de l'appui de tous les partenaires de santé. C'est le cas en Bretagne où des hôpitaux ont signé des accords avec les pharmaciens de ville

pour la dispensation des médicaments, ce qui améliore les conditions de fonctionnement du réseau de l'HAD.

L'HAD avec bientôt 8 000 lits offre au pharmacien un nouveau marché dans le secteur de l'AMTD. Sans qu'il soit au centre du système il peut participer, en offrant des services clés, au maintien à domicile des personnes en HAD. Par ailleurs le pharmacien en se rapprochant des circuits de soins comme les SSIAD ou SAAD pourrait jouer le même rôle auprès du patient et ainsi améliorer son quotidien.

c. Proposer une offre globale de prise en charge à domicile

i. Renforcer le service de mise à disposition des DM

Les pharmaciens qui se lancent seuls dans les activités de maintien à domicile se retrouvent souvent peu réactifs, perdus sur un marché en constante évolution ou encore court-circuités par des prestataires privés qui font un lobbying fort notamment au niveau des sorties hospitalières. Il ne s'agit pas ici de donner l'exclusivité au pharmacien mais au contraire trouver une complémentarité avec les prestataires. Les prestataires et les pharmaciens en travaillant ensemble peuvent proposer aux patients un service de qualité irréprochable. Le patient nécessite dans le cadre de son maintien à domicile qualité, proximité, sécurité et sérénité. Une synergie entre pharmaciens et prestataires de services permet d'obtenir une telle offre.

La proximité du pharmacien apporte une information immédiate et gratuite. Elle permet aussi grâce aux compétences de celui-ci de faire un bilan des soins pour le patient. La réactivité et l'efficacité sont assurées si le pharmacien s'appuie sur des prestataires sérieux, travaillant selon des normes qualités, dont leur cœur de métier est la fabrication, la livraison de matériel. La qualité pharmaceutique relative à l'information, au conseil et à l'accompagnement du malade associé à un prestataire

labellisé engendre une sécurité absolue pour le patient. Dans le cadre d'un tel service toutes les tâches administratives ne sont plus à la charge du patient mais réalisées par le pharmacien. Tout est fait pour procurer une sérénité absolue au patient.

Cette synergie entre pharmaciens et prestataires semble la solution la plus adaptée aux évolutions du marché de mise à disposition de DM à domicile afin de former un noyau de professionnel fort pouvant faire pression au niveau des pouvoirs publics. En effet depuis la réforme des TIPS, on peut noter que les marges sont de plus en plus faibles et que de nombreux produits font l'objet d'éviction de cette nouvelle LPPR. L'avenir est à la baisse de la prise en charge et donc peut être du chiffre d'affaires. Le partenariat pharmaciens-prestataires privés est une solution pour lutter contre ces anomalies.

ii. L'officine une plaque tournante de AMTD

Le pharmacien d'officine pourrait faire évoluer son activité de maintien à domicile vers une offre globale de prise en charge. C'est à dire de compléter son activité de mise à disposition des DM avec des prestations d'aide à domicile, de type auxiliaire de vie ou aide ménagère.

Dans un tel modèle de services, le pharmacien est au cœur du dispositif en tant que pivot de l'offre de soins. Le maillage géographique des officines lié aux compétences du pharmacien permet grâce à un partenariat contractuel avec un prestataire privé de proposer cette offre globale de maintien à domicile (matériel/soins). A l'avenir, avec une telle structure l'officine peut devenir la plaque tournante du maintien à domicile ou le patient est informé, orienté et trouve une réponse à ses besoins de santé.

Le model est le suivant : le pharmacien se rapproche d'un prestataire qui lui met à disposition à la fois un service de vente/location de DM, s'il n'est pas déjà

engagé dans une telle activité, et un service de prestations à domicile. Le lien entre les deux parties peut être un contrat d'exclusivité. Le pharmacien se place comme un apporteur d'affaire coordinateur du système. C'est lui qui renseigne son patient, évalue les besoins humains ou matériels et c'est lui aussi qui participe à la mise en place à domicile des DM. Il effectue aussi son acte pharmaceutique de délivrance de médicaments si nécessaire. Le prestataire privé, par le biais de son agence locale, gère le stock de DM, le recrutement et la formation d'un personnel qualifié. Le pharmacien ainsi libéré de toutes tâches administratives et marketing peut se concentrer sur son patient et proposer un service de soins à domicile global de grande qualité. D'un point de vue économique, le pharmacien qui participe à un tel partenariat bénéficie de prix concurrentiels en ce qui concerne les DM et pourrait recevoir une indemnité en fonction du nombre d'heures de prestation à domicile qu'il apporte au prestataire. Les intervenants au domicile du bénéficiaire effectue une veille sanitaire et passent commande au pharmacien en fonction des besoins pour les produits pharmaceutique ou para-pharmaceutique. Ce type de prestataire privé et pharmaciens de France peuvent donc ensemble créer une synergie forte afin d'apporter au patient le meilleur de la prise en charge globale à domicile.

En France après une étude approfondie, de nombreux pharmaciens sont prêts à s'investir dans un tel projet et ainsi participer au développement de la première offre globale de prise en charge à domicile coordonné par un professionnel de santé : le pharmacien. Le pharmacien se retrouve aidé à plus vendre et à mieux vendre. Les intervenants faisant le lien avec le pharmacien évaluent au quotidien les besoins du patient et ainsi améliorent son cadre de vie.

Dans le cadre de mes fonctions de directeur du développement de la société D'MEDIDOM services, initiateur de ce grand projet, je participe tout particulièrement à la coordination de cette nouvelle aventure avec le pharmacien d'officine. Dès mars 2005 les premiers partenariats vont voir le jour et notamment à Grenoble.

THESE SOUTENUE PAR : Damien CACARET

TITRE : **LE POSITIONNEMENT DU PHARMACIEN DANS L'ASSISTANCE
MEDICO-TECHNIQUE A DOMICILE**

CONCLUSION :

Au moment où notre système de santé est en pleine mutation avec une croissance des dépenses souvent incontrôlée et où le nombre de personnes âgées dépendantes ne cesse d'augmenter avec une population des plus de 65 ans qui croît de 15% par an, il est important de voir se développer de nouveaux marchés. Notamment pour répondre à deux problématiques majeures soulevées par notre Ministre de la Santé « *qui va payer l'assistance des français et le surcoût hospitalier ?* »

L'Assistance Medico-Technique à Domicile (AMTD) est un élément de réponse. Aides professionnelles et alternative à l'hospitalisation répondent, d'une part aux besoins des personnes dépendantes car la majeure partie d'entre elle souhaite être soignée ou prise en charge dans son lieu de vie, et d'autre part à un contexte de réduction des dépenses de santé sachant que le coût d'un maintien à domicile est 3 à 10 fois moins cher qu'une hospitalisation classique (CREDES 2002). L'AMTD a donc de belles perspectives devant elle.

Nous avons pu exposer tout au long de ce travail les possibilités actuelles et futures d'interventions des pharmaciens dans ce secteur qui se professionnalise. Le marché du maintien à domicile est pris d'assaut par des prestataires privés ou associatifs, de plus en plus certifiés par des normes d'engagement de service. Le pharmacien ne peut plus agir seul pour être un acteur reconnu et proposer une offre globale de prise en charge adaptée aux besoins. Il doit suivre cette évolution en intégrant des réseaux, des regroupements ou des partenariats.

Le rôle du pharmacien dans l'AMTD, de part sa proximité, sa formation et sa relation privilégiée avec le patient, est à la fois coordinateur et prestataire de service. Le pharmacien au cœur des préoccupations du patient peut évaluer et connaître ses besoins. En synergie avec des partenaires de qualité, il peut jouer un rôle de prestataire en organisant le conseil, la délivrance de médicaments mais aussi la livraison et l'entretien du matériel médical et encore le placement de personnels spécialisés à domicile. Le pharmacien, maillon de la chaîne médicale de santé, apparaît comme un relais dans la prise en charge du patient à domicile. Or proposer une offre globale de prise en charge à domicile apparaît comme la solution adaptée aux évolutions du marché.

Le pharmacien, de nos jours, trop souvent absent du monde de l'AMTD peut espérer être un acteur incontournable grâce à sa professionnalisation et à sa médicalisation. Nous avons pu exposer qu'il maîtrise tous les facteurs clés de succès à condition qu'on lui donne les moyens de dépasser le cadre traditionnel de ses fonctions. La déclaration du Ministre de la Santé, Philippe DOUSTE-BLAZY, « *soyons irréprochables et je vous aiderais* » montre bien la prise de conscience des pouvoirs publics et l'engagement des politiques pour renforcer le rôle des pharmaciens dans l'AMTD.

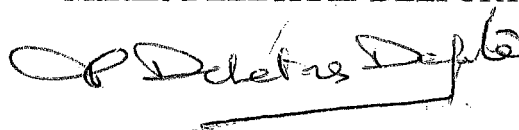
Il ne s'agit pas ici de donner l'exclusivité du marché de l'aide à domicile aux pharmaciens. Mais bien de mettre en avant et de prendre conscience la nécessité de leurs implications. Le contexte réglementaire et les besoins des populations d'aide à domicile sont en profonde métamorphose, les pharmaciens doivent plus que jamais jouer leur rôle de professionnel. Et c'est ainsi qu'ils seront reconnus et deviendront incontournables.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble le

LE DOYEN
Pierre DEMENGE

LE PRESIDENT DE THESE
Martine DELETRAZ-DELPORTE



BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- CALLANQUIN J, CAMUZEUX C, LABRUDE P. *Le matériel de maintien à domicile*, Masson, 3ème édition, Paris, 2004
FLAGEL A, *Domiciles*, UNASSAD, Paris, octobre 2004
LAVOREL JC, *Santé à domicile*, Cherche Midi, Paris, 2001
LEDUC F, *Guide de l'aide à domicile*, Dumond, Paris, 2001
LES ESSENTIELS DU PHARMACIEN, *le maintien à domicile-developpez vos marchés*, TAREX édition, Paris, 2002

Rapport d'activité :

- AUSTRUY P, *Rapport annuel 2002 MEDIDEP*, Paris, 2003
CARRON M, *Rapport annuel 2003 LOCAPHARM*, Paris, 2004
COMMUNICATION HAD, *Rapport d'activité 2003 HAD AP-HP*, Paris, 2004
LAVOREL JC, *Rapport annuel 2003 LVL-Médical*, Paris, 2004
MICOL T, *Rapport d'activité 2003 D'MEDIDOM SERVICES*, Paris, 2004
VERNY E, *Rapport d'activité 2003 UNASSAD*, Paris, 2004

Etudes, Enquêtes :

- ALIGON A., COM-RUELL L., RAFFY-PIHAN N., *le coût de la prise en charge à domicile 1999-2000*, CREDES, Paris, 2001
BERVILY E, *La modernisation du circuit officinal en France*, EUROSTAF, 2004
BRAS PL, RANCE E et al, *Alternatives à l'hospitalisation et réseaux de soins, de nouvelles opportunités de marché en santé*, Etude Euro Santé, Paris, 2001
BRESSE S, DUTHEIL N, *Evolution sur deux ans de l'aide dispensée aux personnes âgées de 60 ans et plus*, DREES, 2004
BROUHARD C, DUTHEIL N et al, *Le handicap en chiffres*, DRESS/ CTNERHI, Paris 2004
CAILLOT L, DUTHEIL N, BRESSE S et al, *Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement*, Dossiers solidarité et santé, DREES, Paris 2003
COM-RUELL L, LEBRUN E, *Indicateurs d'état de santé des patients hospitalisés à domicile*, IDRES, Paris, 2003
CNAMTS, *Prise en charge médicale des personnes âgées*, Paris, 2003
DGAS - bureau 2C, *Note d'information sur l'allocation personnalisée d'autonomie*, Paris, 2003
DUEE M, REBILLARD C, *La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme*, INSEE, Paris, 2004
GIRAUDET F, AUJOUX-DE MATOS S, *La LPP : Présentation de la réforme des TIPS*, CNAMTS, Paris, 2001
SERMET C, *Démographie santé et soins des personnes âgées état des lieux et perspectives*, IDRES, Paris, 2002

Articles :

ALLAIRE A, Le moniteur des pharmacies et des laboratoires, 2396, 2001
DESCHAMPS F, Le moniteur des pharmacies et des laboratoires, Cahier 2445, 2002
LEFORT L, Le moniteur des pharmacies et des laboratoires, 2441, 2002
PHILBET T, Le moniteur des pharmacies et des laboratoires, 2545, 2004
PHILBET T, Le moniteur des pharmacies et des laboratoires, 2540, 2004
POUZAUD F, Le moniteur des pharmacies et des laboratoires, 2469, 2002

Sites Internet :

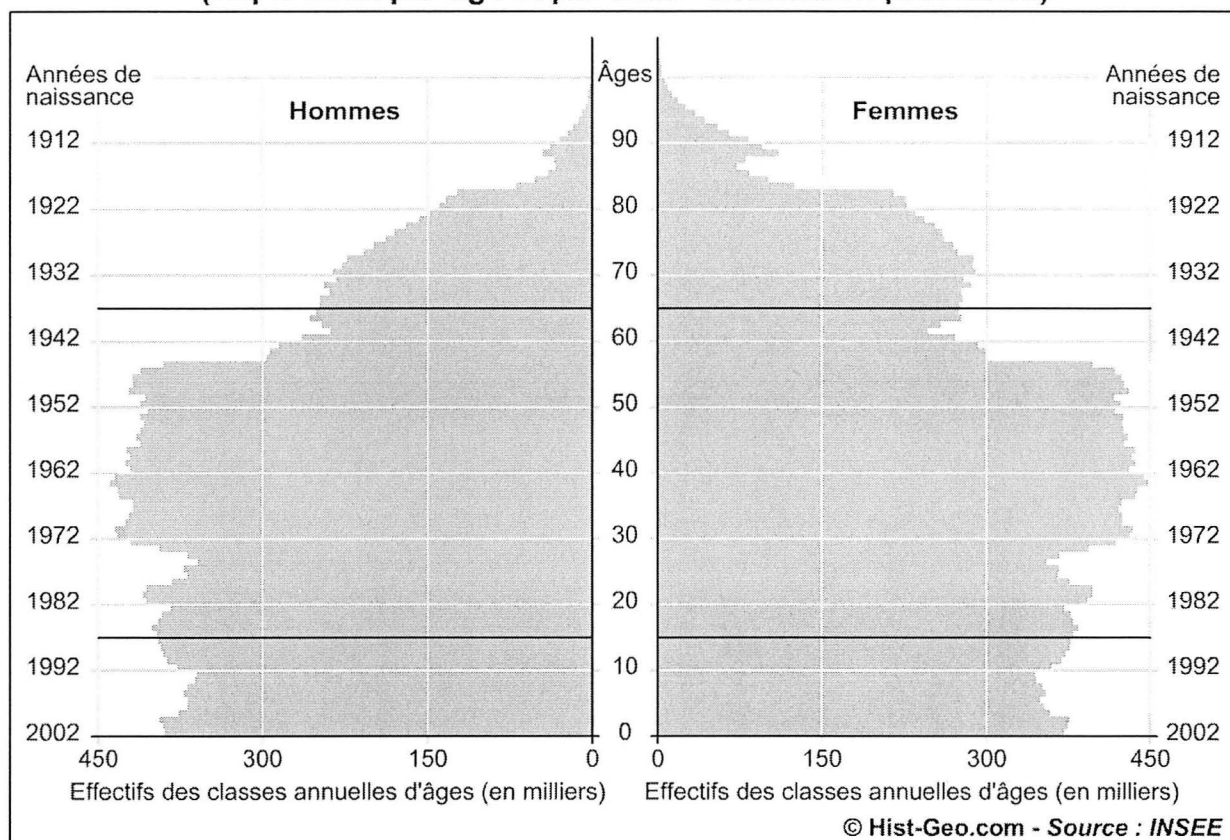
<http://www.admr.org> , septembre 2004
<http://www.agevillage.com>, octobre 2004
<http://afssaps.sante.fr>, septembre-novembre 2004
<http://www.amelie.fr>, octobre 2004
<http://www.bastideleconfortmedical.com>, septembre 2004
<http://www.boursorama.fr>, novembre 2004
<http://www.chu-limoge.fr/nutritionentérale>, novembre 2004
<http://www.gipharm.com>, octobre 2004
<http://www.handroit.com>, octobre 2004
<http://www.hopidom.com>, octobre 2004
<http://www.insee.fr>, septembre 2004
<http://www.irdes.org>, septembre 2004
<http://www.leem.org>, septembre 2004
<http://www.legifrance.fr>, septembre-décembre 2004
<http://www.locapharm.com>, octobre 2004
<http://www.lung.com>, novembre 2004
<http://www.lvl-medical.com>, octobre 2004
<http://www.medidep.com>, septembre 2004
<http://www.moniteurpharmacies.com>, septembre 2004
<http://www.ordre.pharmacien.fr>, septembre 2004
<http://www.santé-gouv.fr>, septembre-décembre 2004
<http://www.sudoc.abes.fr>, septembre-novembre 2004
<http://www.unsaad.fr>, septembre-novembre 2004

Divers :

Normes AFNOR X 50-056 et XP X50-796
Catalogue LOCAPHARM 2004
Catalogue BASTIDE 2004
Documents de travail, Tribunes PEPS : le rôle des pharmaciens d'officine dans le MAD,
Assemblée nationale, Paris le 20 octobre 2004

ANNEXE 1 : Pyramide des âges

Population de la France métropolitaine au 1er janvier 2003
(Répartition par âge et par sexe - Estimation provisoire)



ANNEXE 2 : La grille A.G.G.I.R

L'évaluation de la dépendance se mesure sur la base d'une grille nationale dénommée AGGIR (Autonomie Gérontologie, Groupe Iso Ressource).

Cette grille d'évaluation permet de répartir les degrés de la dépendance en six groupes, appelés GIR ("groupe iso ressource").

Elle fait office de référence dans le cadre de l'attribution de l'APA (aide personnalisée à l'autonomie) pour évaluer la perte d'autonomie.

Les 6 groupes iso ressources : GIR

GIR 1 :

Correspond au degré de dépendance le plus élevé, c'est à dire les personnes âgées ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

GIR 2 :

Sont classées dans ce groupe deux catégories de personnes âgées :

- celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer ;
- celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.

GIR 3 :

Ce groupe réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.

GIR 4 :

Sont intégrées les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage.

Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.

GIR 5 :

Ce groupe comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

GIR 6 :

Ce groupe réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Seuls les quatre premiers GIR (de 1 à 4) de la grille nationale ouvrent droit à l'APA, que les bénéficiaires se trouvent à domicile ou en établissement, à condition qu'ils répondent

aux critères d'âge et de résidence. Les personnes âgées classées en GIR 5 et 6 peuvent néanmoins prétendre au versement des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

L'évaluation de la perte d'autonomie se fait sur la base de dix-sept variables :

Dix variables dites "discriminantes" se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et sont utilisées pour le calcul du GIR (groupe iso-ressources) : cohérence - orientation - toilette - habillage - alimentation - élimination - transferts (se lever, se coucher, s'asseoir) - déplacement à l'intérieur - déplacement à l'extérieur - communication à distance.

Sept variables dites "illustratives", concernant la perte d'autonomie domestique et sociale, n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide : gestion personnelle de son budget et de ses biens - cuisine - ménage - transports - achats - suivi du traitement - activités de temps libre.

Chaque variable possède trois modalités :

- A : fait seul les actes quotidiens
- B : fait partiellement
- C : ne fait pas.

Les **10 variables discriminantes** A = fait seul (e), totalement, habituellement, correctement B = fait partiellement C = ne fait pas correctement B = fait partiellement C = ne fait pas

1. Cohérence Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée.	A	B	C
2. Orientation Se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux	A	B	C
3. Toilette du haut (visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage)	A	B	C
Toilette du bas (membres inférieurs, pieds, régions intimes)	A	B	C
4. Habillage du haut (vêtements passés par les bras et/ou la tête)	A	B	C
Habillage moyen (fermeture des vêtements : boutonnage, fermeture éclair, ceinture, bretelles, pressions)	A	B	C
Habillage du bas (vêtements passés par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas, les chaussures)	A	B	C
5. Alimentation Se servir (couper la viande, peler un fruit, remplir son verre...)	A	B	C
Manger (manger les aliments préparés, les porter à la bouche et avaler)	A	B	C
6. Élimination Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire	A	B	C
Assurer l'hygiène de l'élimination fécale	A	B	C
7. Transferts Se lever, se coucher, s'asseoir : passer d'une des trois positions à une autre, dans les deux sens	A	B	C
8. Déplacements à l'intérieur Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	A	B	C
9. Déplacement à l'extérieur A partir de la porte d'entrée sans moyen d'E transport	A	B	C
10. Communication à distance Possibilités pour alerter, utilisation des moyens de communication : téléphone, alarme, sonnette	A	B	C

ANNEXE 3 : Circulaire relative à l'hospitalisation à domicile

Circulaire du 12 mars 1986 relative à l'hospitalisation à domicile dans les établissements hospitaliers publics

Paris, le 12 mars 1986.

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, chargé des retraités et des personnes âgées, le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, chargé de la santé, à Messieurs les préfets, commissaires de la République de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales, direction régionale de la sécurité sociale Antilles-Guyane, direction régionale de la sécurité sociale de la Réunion), Madame et Messieurs les préfets, commissaires de la République de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales).

L'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière ouvre la possibilité d'une prolongation à domicile des activités des centres hospitaliers.

En l'absence de texte réglementaire, le cadre général de mise en œuvre de ces activités à domicile est donné par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés dans sa circulaire n° 207 du 19 octobre 1974. Celle-ci fixe les conditions d'accès des malades, des modes de fonctionnement ainsi que les types de pathologie qui en sont exclus.

La présente instruction se propose d'appeler votre attention sur une formule dont le développement doit être recherché.

I. - Champ de l'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile recouvre l'ensemble des soins médicaux et paramédicaux délivrés à domicile à des malades dont l'état ne justifie pas le maintien au sein d'une structure hospitalière. Ces soins doivent être d'une nature et d'une intensité comparables à ceux qui étaient susceptibles de leur être prodigués dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle.

Le critère de l'intensité de soins est particulièrement important pour distinguer l'hospitalisation à domicile de formules voisines comme les services de soins infirmiers à domicile.

D'une manière générale, l'hospitalisation à domicile s'adresse à tous les malades quel que soit le type de pathologie dont ils sont atteints.

Il convient toutefois de rappeler que les malades mentaux sont pris en charge selon les règles propres à la sectorisation psychiatrique. En ce qui concerne les autres pathologies, les limitations prévues par la circulaire n° 207 du 19 octobre 1974 précitée ne trouvent plus de justification aujourd'hui.

Même des soins comme la dialyse, la nutrition entérale et parentérale, les techniques de chronothérapie par pompes externes, les pompes à insulines implantables, la ventilation artificielle et l'utilisation d'appareils d'oxygénothérapie peuvent être effectués à domicile par le malade ou sa famille dès lors qu'ils ont reçu une formation adaptée et que la maintenance des équipements est assurée.

II. - Organisation et perspectives d'évolution de l'hospitalisation à domicile

L'unité d'hospitalisation à domicile met à la disposition du malade l'ensemble des moyens dont il a besoin en personnels, matériels et services.

Un service d'hospitalisation à domicile peut être créé et géré par un établissement d'hospitalisation public après délibération du conseil d'administration approuvée par le représentant de l'Etat dans le département. Il convient de rechercher chaque fois que cela est possible la plus large participation des professionnels de santé du secteur libéral. Le personnel peut être, en effet, salarié de l'établissement ou appartenir au secteur libéral et lié par convention à l'établissement considéré. L'hospitalisation à domicile doit favoriser le développement de la collaboration entre les structures hospitalières et les médecins et soignants de ville.

Le service d'hospitalisation à domicile faisant intervenir une équipe médicale et paramédicale, il est souhaitable que la coordination des soins soit réalisée par un cadre infirmier permanent et expérimenté.

Selon les termes de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière, c'est le médecin traitant choisi par le malade qui assure le traitement et la surveillance des soins.

Le passage par l'établissement hospitalier demeure un préalable à toute admission en hospitalisation à domicile.

Toutefois, comme le Conseil d'Etat l'a confirmé, l'hospitalisation à domicile peut être prescrite au cours d'une consultation externe : l'hospitalisation avec hébergement en établissement n'est pas une condition préalable.

La mise en place des unités d'hospitalisation à domicile s'effectue dans le cadre de la dotation globale. L'article 31 du décret n° 83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements hospitaliers publics et privés participant au service public hospitalier précise qu'un tarif journalier de l'hospitalisation à domicile doit néanmoins être fixé. Ce tarif sert de base à la facturation des prestations à des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, au calcul de la participation éventuellement laissée à la charge des assurés et à l'exercice des recours contre les tiers.

Nous vous rappelons par ailleurs que le forfait journalier n'est pas applicable aux malades admis en hospitalisation à domicile.

Nous précisons que l'hospitalisation à domicile vient se substituer à l'hospitalisation de type traditionnel. C'est pourquoi nous vous invitons à prendre contact avec les directeurs d'établissements hospitaliers pour examiner avec eux les possibilités de création d'unités d'hospitalisation à domicile. Il est souhaitable de mener sur ce thème un large débat au sein des organismes délibératifs et consultatifs compétents.

Les procédures de révision de programmes doivent être l'occasion d'examiner la création de lits d'hospitalisation à domicile par diminution du nombre de lits d'hospitalisation traditionnelle. C'est, par ailleurs, dans le cadre de la préparation et de l'approbation du budget que les moyens nécessaires au fonctionnement de l'hospitalisation à domicile devront être dégagés, le plus souvent par redéploiement interne, à défaut, par redéploiement départemental.

Enfin, nous vous précisons que cette forme de soins ne pourra se développer que si une large information est assurée, d'abord auprès des établissements, puis, lorsqu'elle existe, auprès des malades au moment de l'accueil dès lors qu'ils répondent aux conditions d'admission en hospitalisation à domicile.

*Le ministre des affaires sociales
et de la solidarité nationale,
porte-parole du Gouvernement,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur du cabinet,
M. GAGNEUX*

*Le secrétaire d'Etat auprès du ministre
des affaires sociales et de la solidarité nationale,
porte-parole du Gouvernement,
chargé des retraités et des personnes âgées,
JOSEPH FRANCESCHI*

*Le secrétaire d'Etat auprès du ministre
des affaires sociales et de la solidarité nationale,
porte-parole du Gouvernement, chargé de la santé,
Pour le secrétaire d'Etat et par délégation :
Le directeur du cabinet,
G. RIMAREIX*

ANNEXE 4 : Décret relatif aux structures de soins alternatives

JO n° 234 du 8 octobre 1992

TEXTES GENERAUX MINISTERE DES RELATIONS AVEC LE PARLEMENT

Décret no 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

NOR: SANH9201573D

Le Premier ministre,
Sur le rapport du ministre de la santé et de l'action humanitaire,
Vu le titre Ier du livre VII du code de la santé publique, notamment ses articles L. 712-2, L. 712-8 et L. 716-9;
Vu la loi no 91-748 du 31 juillet 1991 modifiée portant réforme hospitalière, et notamment son article 24;
Vu l'avis du Conseil supérieur des hôpitaux en date du 10 février 1992;
Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 26 mars 1992;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète:

Art. 1er. - Sont insérés au chapitre II du titre Ier du livre VII du code de la santé publique (deuxième partie: Décrets en Conseil d'Etat), après l'article R. 712-2, les articles R. 712-2-1, R. 712-2-2, R. 712-2-3 et R.

712-2-4 ainsi rédigés:

<<Art. R. 712-2-1. - Les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations qui y sont dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile.

<<Elles comprennent:

<<a) Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit;

<<b) Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires;

<<c) Les structures dites d'hospitalisation à domicile.

<<Les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, permettent la mise en oeuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale.

<<Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire.

<<Les structures dites d'hospitalisation à domicile 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. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. Chaque structure d'hospitalisation à domicile intervient dans une aire géographique précisée par l'autorisation prévue à l'article L. 712-8.

<<Art. R. 712-2-2. - Ne sont pas régis par les articles R. 712-2-1, R.

712-2-3 et R. 712-4 et demeurent soumis aux dispositions qui leur sont propres:

<<a) Les services de suppléance aux insuffisances chroniques, y compris les services de soins spécialisés à domicile;

<<b) Les services et équipements constituant des structures de soins alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie, mis en oeuvre par les établissements mentionnés à l'article L. 711-11.

<<Art. R. 712-2-3. - La capacité des structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 est exprimée en places. Le nombre de places est obtenu en divisant par 365 le nombre maximum annuel de patients pouvant être accueillis pour une durée inférieure à un jour, dans le cas des structures d'hospitalisation à temps partiel ou de celles pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires, et en divisant par 365 le nombre maximum annuel de journées de soins dans le cas de l'hospitalisation à domicile.

<<Art. R.712-2-4. - Les structures de soins alternatives à l'hospitalisation sont prises en compte par la carte sanitaire dans les conditions suivantes:

<<a) Les places relevant des structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires sont comprises dans la carte sanitaire des installations de chirurgie;

<<b) Les places relevant des structures d'hospitalisation à temps partiel sont comprises dans les cartes respectives des installations de médecine, d'obstétrique, de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation;

<<c) Les places relevant des structures dites d'hospitalisation à domicile sont comprises dans la carte sanitaire des installations de médecine.

<<Lorsque les conditions prévues au premier alinéa de l'article L.712-9 sont réunies, la création ou l'extension des structures de soins alternatives à l'hospitalisation sont autorisées sur la base de l'équivalence entre une place et un lit d'hospitalisation à temps complet.>>

Art. 2. - Les établissements de santé publics ou privés qui comportaient des structures de soins alternatives à l'hospitalisation à la date de la publication de la loi du 31 juillet 1991 modifiée susvisée disposent d'un délai de quatre mois pour procéder, auprès du préfet de région, à la déclaration prévue à l'article 24 de cette loi. Les modalités et le contenu de cette déclaration, où devront figurer notamment les informations permettant d'apprécier la consistance et l'activité de la structure de soins à la date précitée, sont définis par un arrêté du ministre chargé de la santé dont la publication fait courir le délai de quatre mois susmentionné.

Le préfet de région délivre un récépissé du dépôt de la déclaration, qui vaut autorisation de poursuite d'activité pour chaque structure de soins concernée et qui en précise la capacité retenue exprimée en nombre de places. Cette autorisation pourra être suspendue ou retirée, dans les conditions prévues à l'article L.715-2, si l'établissement de santé ne respecte pas, dans le délai fixé par le décret prévu au premier alinéa de l'article 24 de la loi du 31 juillet susvisée, les conditions techniques mentionnées au 3o de l'article L. 712-9.

Art. 3. - Le ministre de l'agriculture et de la forêt, le ministre des affaires sociales et de l'intégration et le ministre de la santé et de l'action humanitaire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 2 octobre 1992.
PIERRE BEREGOVOY

Par le Premier ministre:

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire,
BERNARD KOUCHNER

Le ministre de l'agriculture et de la forêt,

LOUIS MERMAZ

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration,
RENE TEULADE

ANNEXE 5 : Circulaire du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET
DE LA SOLIDARITE**

DIRECTION DES HOPITAUX

Paris, le 30 mai 2000

La ministre de l'emploi et de la solidarité
La secrétaire d'Etat à la santé
et aux handicapés

à

Mesdames et Messieurs les directeurs
d'agence régionale de l'hospitalisation
(pour mise en œuvre)

Mesdames et Messieurs les préfets de région
Directions régionales des affaires
sanitaires et sociales
(pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets
de département
Directions départementales des affaires
sanitaires et sociales
(pour information)

CIRCULAIRE N° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile

Date d'application :

NOR : MESH0030242 (non paru au journal officiel)

Grille de classement : SP 3 31, renvoi à SP 3 321, SP 3 322

Résumé : L'hospitalisation à domicile (HAD) est relativement peu développée en France, alors que son intérêt pour la qualité de la prise en charge des patients a été montré. Cette circulaire vise à mieux définir le rôle de l'HAD par rapport aux autres services de soins à domicile et précise les conditions d'une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Les services d'HAD participent à la formation des intervenants libéraux dans leurs domaines de compétence, en particulier, la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs à domicile. Les agences régionales de l'hospitalisation favoriseront le développement des structures d'HAD de manière substitutive à l'hospitalisation traditionnelle notamment par la conclusion de contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé et les services d'HAD qu'ils soient publics ou privés.

Mots-clés : hospitalisation à domicile - typologie des séjours - charges en soin - critères d'admission - services de maintien à domicile - qualité des prises en charge -

Textes de référence : Articles L.712-2, L.712-10, R.712-2-1, R.712-2-3, R.712-2-4, D.712-13-1, D.712-35 à 39 du code de la santé publique

L'hospitalisation à domicile (HAD), prescrite par un médecin hospitalier ou un médecin exerçant à titre libéral, permet de dispenser 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. Les services d'HAD sont tenus d'assurer la permanence et la continuité des soins.

L'hospitalisation à domicile répond incontestablement au souhait d'un nombre grandissant de personnes malades, particulièrement lorsqu'elles sont atteintes de pathologies chroniques qui nécessitent des soins techniques, comme les cancers, les pathologies neurologiques, l'infection à VIH par exemple. Ces pathologies souvent graves ont incité les équipes à développer des compétences pour la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs.

L'hospitalisation à domicile est relativement peu développée en France : en juin 1999, 68 structures, pour un total de 3908 places autorisées, se répartissaient de manière inégale sur le territoire.

La présente circulaire se fixe pour objectifs :

- De définir les missions de l'HAD et de préciser sa place parmi les structures de soins à domicile : les services doivent disposer de critères pour l'admission d'un malade qui soient cohérents avec la définition de l'HAD.
- D'améliorer la qualité de la prise en charge des patients : pour cela, plusieurs mesures sont nécessaires, et toutes supposent une meilleure collaboration entre les professionnels des secteurs ambulatoires et hospitaliers, qu'ils soient publics ou privés. En effet, les patients hospitalisés à domicile, lorsqu'ils sont atteints de pathologies graves, nécessitent l'implication de professionnels hospitaliers, spécialistes du domaine, de médecins traitants, responsables du suivi du patient, et de personnels paramédicaux compétents pour les actes techniques qu'ils requièrent. L'amélioration de la prise en charge suppose aussi que soient pris en compte la dimension psychosociale de la maladie et le retentissement sur les proches. Elle passe par une formation des professionnels amenés à intervenir à domicile dans les domaines de la prise en charge de la douleur, des soins palliatifs, ou des protocoles de chimiothérapie, par exemple.

1. Définition de l'HAD et de son champ d'intervention

L'hospitalisation à domicile concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé. L'HAD a pour objectif d'améliorer le confort du patient dans de bonnes conditions de soins. Elle permet d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en services de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible.

Ces malades nécessitent des soins complexes, formalisés dans un projet thérapeutique clinique et psychosocial, c'est à dire à la fois :

- une coordination des soins (décret du 2 octobre 1992 codifié article R. 712-2-1 du code de la santé publique) ;
- une évaluation médicale au moins hebdomadaire qui conditionne la fréquence de la surveillance médicale en fonction de l'état clinique du patient ;
- des soins infirmiers, quasi-quotidiens, de la compétence exclusive de l'infirmier, ou des soins infirmiers moins fréquents, avec des interventions de kinésithérapie quasi-quotidiens, auxquels peuvent s'ajouter, le cas échéant :
 - des soins dispensés par un aide-soignant,
 - des soins d'orthophonie,
 - des conseils de diététique,
 - une prise en charge psychologique,

- des prestations d'ergothérapie,
- une prise en charge sociale.

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 traditionnels en raison de la permanence et de la haute technicité des soins dont ils relèvent,
- qui relèvent **uniquement** de nutrition entérale ou parentérale, de moyens de suppléance à une insuffisance respiratoire ou une insuffisance rénale (malades pris en charge par des structures spécialisées dans ce type de soins) et des structures de soins alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie, conformément à l'article R.712-2-2 du code de la santé publique,

2. Les types de soins délivrés et les critères d'admission en HAD

Les personnes hospitalisées à domicile peuvent bénéficier de différents modes de prise en charge, qui, selon l'état de santé de la personne, peuvent être classés dans trois catégories de soins :

- **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 fréquemment réitérés (chimiothérapie, par exemple).
- **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.
- **La réadaptation au 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.

La grille jointe à la circulaire (annexe 1) décrit les types de séjours à partir d'indicateurs comme la dépendance du patient (indice de Karnofsky), le temps de soins (incluant les soins infirmiers, le nursing par aides soignants ou infirmiers selon les structures, et la coordination) et les temps d'intervention des kinésithérapeutes. Cette typologie des séjours met en évidence des différences de charge en soins selon la nature des soins délivrés en HAD, en lien avec la dépendance du patient et son état de santé. Ces éléments, fournis par une enquête réalisée dans trois services d'HAD, sont donnés à titre indicatif.

3. La qualité de la prise en charge

Afin d'améliorer la prise en charge des patients hospitalisés à domicile, il convient de veiller à la mise en place des orientations suivantes :

3.1 Renforcer les liens entre établissements de santé et services d'HAD

Quand les services d'HAD dépendent d'un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier (PSPH), ils doivent être pris en compte dans les projets d'établissement au même titre que les autres services. Quand il s'agit de services d'HAD gérés par des associations, des conventions doivent être signées avec les établissements qui adressent habituellement des patients au service d'HAD. Les liens entre les services qui utilisent l'HAD et la structure d'HAD doivent être formalisés pour éviter les ruptures de prise en charge. Les conventions lient les structures d'HAD et

les établissements de santé devront prévoir l'élaboration de projets thérapeutiques, les modalités de liaison avec le médecin traitant, les ré-hospitalisations et la prise en charge des urgences.

Jusqu'à présent, l'implication des médecins hospitaliers dans la prise en charge des patients au domicile est hétérogène d'un service à un autre. La complexité des pathologies en HAD impose cependant un renforcement de la collaboration des services hospitaliers avec les professionnels intervenant à domicile.

Le médecin hospitalier peut avoir deux rôles distincts :

- Un rôle de soins personnalisés aux malades dont il a la charge. Dans ce cadre,
 - il transmet au médecin coordonnateur du service d'HAD et au médecin traitant les informations médicales concernant son patient,
 - il élabore le projet thérapeutique en lien avec l'équipe de l'HAD,
 - il s'engage à suivre le patient au niveau hospitalier et à le ré-hospitaliser si nécessaire.

- Un rôle d'expert pour certaines pathologies dont les traitements complexes sont fréquents en HAD, comme la cancérologie, la cardiologie et la neurologie, etc.

Ainsi, les services ayant fréquemment recours à l'HAD pour leurs patients devront-ils désigner un médecin correspondant, dont le rôle sera le suivant :

- il est expert de la pathologie et organise avec la structure d'HAD la mise à disposition de procédures et protocoles thérapeutiques,
- il participe à la formation des médecins traitants et des personnels soignants,
- il collabore avec le médecin coordonnateur et le médecin traitant pour le bénéfice du patient.

3. 2 Renforcer les liens entre secteur libéral et HAD

3.2.1 Le médecin traitant

Le médecin traitant est choisi librement par le malade. Qu'il soit ou non prescripteur de l'HAD, il est le pivot de la prise en charge du patient à domicile et il est responsable du suivi du malade :

- l'hospitalisation à domicile ne peut se réaliser qu'avec son accord, au vu du projet thérapeutique,
- il réévalue, avec l'équipe d'HAD, l'état de santé du patient et adapte les prescriptions en fonction de son évolution, en lien, si besoin, avec le service hospitalier où a été hospitalisé le patient,
- il décide de l'hospitalisation en milieu hospitalier traditionnel, si nécessaire.

La rencontre du médecin traitant et de l'équipe soignante du service d'HAD est de nature à faciliter la prise en charge et le suivi du patient.

3.2.2 Les intervenants paramédicaux

Selon le statut de la structure d'HAD, la part d'intervenants libéraux est plus ou moins importante. Les professionnels de santé libéraux doivent être plus étroitement associés à l'hospitalisation à domicile, que ce soit dans un cadre associatif ou public. A l'exemple de certains services d'HAD, la collaboration avec les professionnels de santé libéraux doit être formalisée dans un contrat définissant le cadre juridique et la collaboration entre le service d'HAD et les intervenants libéraux. Le professionnel libéral s'engage à respecter les pratiques de la structure en ce qui concerne la continuité des soins, les modalités de transmission des informations, le dossier de soins et, en particulier, à se prêter à l'évaluation de la qualité des soins.

3. 3 Améliorer les conditions de fonctionnement de services d'HAD

L'HAD assure la prise en charge du malade avec une équipe pluridisciplinaire, médicale, paramédicale, sociale et administrative/logistique (l'article D.712-37 du code de la santé publique apporte des précisions sur la composition des équipes d'HAD). La prescription de l'HAD est faite par le médecin traitant lors d'une consultation ou d'une visite ou par un médecin hospitalier.

3.3.1 Systématiser l'élaboration du projet thérapeutique :

Le patient est admis en HAD sur la base d'un projet thérapeutique qui formalise l'ensemble des soins cliniques, psychologiques et sociaux que son état nécessite. Ce projet est élaboré conjointement par le médecin coordonnateur avec l'équipe soignante du service d'HAD et par le médecin prescripteur de l'HAD pour l'admission du patient. Il sera actualisé durant le séjour et au moment de la sortie par le médecin traitant en concertation avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante de l'HAD et, si nécessaire, le service social.

Le médecin coordonnateur donne son accord à l'admission du patient, au vu des éléments fournis par les médecins traitants et/ou hospitaliers. L'équipe paramédicale évalue la charge en soins et donne son accord sur le projet de soins. Le patient ne peut être admis que si son état nécessite des soins correspondant à la typologie définie plus haut (chapitre 2).

Le service social évalue les possibilités du réseau familial et social afin de garantir les conditions les plus adaptées du retour à domicile. Le projet thérapeutique prend en compte les besoins d'aide supplémentaires : aide ménagère, travailleuse familiale, repas à domicile et garde à domicile. Cet aspect doit également être réévalué périodiquement.

Après avis du médecin coordonnateur, le responsable de la structure prononce l'admission du malade. L'équipe administrative prend en charge le suivi administratif et logistique du dossier, ainsi que la mise en place des moyens matériels nécessaires aux soins et au confort du malade.

L'équipe pluridisciplinaire du service d'HAD (médecin coordonnateur, personnel paramédical et social) évalue régulièrement la situation du patient et de son environnement familial, en lien avec le médecin traitant, pour envisager, si besoin, l'accompagnement psychologique des familles et des malades.

Toujours en accord avec le médecin traitant, elle organise dans les meilleures conditions la sortie du patient, en s'assurant que les relais utiles sont mis en place. En cela, le rôle du service social est essentiel pour aider les familles dans les démarches socio-administratives.

3.3.2 Préciser le rôle du médecin coordonnateur de l'HAD

Pour un fonctionnement adapté de l'HAD, le médecin coordonnateur remplit les fonctions suivantes :

- il est le référent médical de la structure, dans le respect des règles professionnelles et déontologiques en vigueur,
- il émet un avis médical pour toute admission et sortie d'un patient de la structure d'HAD. Il s'appuiera pour cette décision médicale sur le projet thérapeutique du patient, proposé par le médecin prescripteur de l'HAD,
- il contribue, par la mise en place de procédures formalisées, à l'échange d'informations nécessaires à une prise en charge globale et coordonnée du patient,
- il a un rôle de formateur auprès de l'équipe soignante,
- il assure les contacts avec les médecins libéraux et hospitaliers,
- il participe à l'évaluation de la qualité du service d'HAD,
- il participe aux décisions stratégiques de la structure.

Actuellement, afin de conserver une compétence clinique, les médecins coordonnateurs partagent souvent leur temps avec des fonctions dans un service hospitalier traditionnel ou un cabinet libéral.

Pour mieux remplir leurs différentes missions, les médecins coordonnateurs doivent disposer d'un temps adapté au nombre de malades pris en charge dans le service d'HAD.

3.3.3 L'accompagnement psychosocial et les aidants

L'accompagnement psychosocial durant l'hospitalisation à domicile est essentiel : en effet, les familles vivent des situations difficiles lorsqu'elles sont confrontées à la maladie et, notamment, à la mort de leur proche à domicile. L'intervention fréquente des soignants peut être vécue comme une atteinte à leur intimité.

Un soutien psychologique est donc parfois nécessaire, tant pour la famille que pour le malade, et il doit être possible dans chaque service. Dans les structures d'une certaine taille, un psychologue est souvent intégré à l'équipe. Quand le service est trop petit pour avoir un tel personnel, l'intervention d'un psychologue doit pouvoir être rémunérée par le service. Des conventions peuvent être passées avec les services où sont hospitalisés le plus souvent les patients, s'ils disposent d'un psychologue. Cette solution a l'avantage d'assurer une continuité dans le suivi du patient.

3.3.4 Développer la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs par les services d'HAD

Compte tenu des pathologies graves prises en charge en HAD, le traitement de la douleur et les soins palliatifs font partie intégrante des activités de soins de l'HAD. Toute personne hospitalisée à domicile doit bénéficier d'une prise en charge adaptée de la douleur. Toute personne qui le nécessite et le souhaite doit pouvoir bénéficier de soins palliatifs à domicile.

L'hospitalisation à domicile nécessite, dans la grande majorité des cas, un relais par la famille ou l'entourage proche. Cette participation de la famille est plus ou moins intense selon les patients et le stade de la maladie. En cas de soins palliatifs, par exemple, la charge devient lourde pour les proches et un renfort peut être nécessaire à certains moments, afin d'éviter l'hospitalisation ou la réhospitalisation en établissement de santé.

A ce titre, dans le cadre du plan triennal de développement des soins palliatifs, un dispositif d'accompagnement du maintien à domicile des personnes en fin de vie est prévu par la CNAMTS dans le cadre du fonds national d'action sanitaire et sociale. Ce dispositif permettra notamment la prise en charge financière de gardes-malades à domicile et de prestations extra-légales (nutriments et incontinence). Des informations complémentaires relatives aux modalités d'application de ce dispositif vous seront communiquées ultérieurement.

Les structures d'HAD doivent avoir les moyens nécessaires pour développer ces types de prise en charge qui supposent des temps de soins importants. Il peut être parfois souhaitable d'organiser une permanence téléphonique 24H/24 avec une équipe formée aux soins palliatifs. Un travail en lien avec les équipes mobiles de soins palliatifs des établissements de santé doit être envisagé dans le cadre de conventions. Pour permettre de prévenir l'épuisement professionnel, un soutien, qui peut prendre la forme de groupe de parole, de rencontres des équipes, de soutien psychologique, doit être apporté aux équipes soignantes.

3.3.5 Former les professionnels intervenant à domicile

Les professionnels intervenant à domicile dans le cadre des services d'HAD ont, le plus souvent, reçu préalablement une formation, que ce soit à des soins techniques particuliers ou à la prise en charge de la douleur ou des soins palliatifs. Les professionnels libéraux doivent pouvoir également en bénéficier. Ces formations peuvent être réalisées par le médecin coordonnateur de l'HAD ou par des professionnels hospitaliers quand ils ont des liens réguliers avec les intervenants à domicile.

Afin de mieux faire connaître les pratiques de soins à domicile, il n'y aurait que des avantages à ce que les services d'hospitalisation à domicile servent de terrains de stages pour les internes ou les résidents de médecine et pour le personnel paramédical en formation.

3.3.6 Le dossier du patient

Afin de faciliter la continuité des soins, l'échange d'informations entre les différents intervenants à domicile est indispensable. Que ce soit sous forme de dossier papier ou de dossier informatisé, il faut veiller à la confidentialité des données et en sécuriser l'accès.

4. Développer l'HAD dans chaque région

4. 1 Développer le nombre de services et de places

Il paraît nécessaire, compte tenu de ces différents éléments, d'encourager la création ou l'extension de services d'HAD pour répondre aux besoins de la population. Plusieurs régions ont prévu dans leur schéma d'organisation sanitaire (SROS) la création ou le développement significatif de ce type de service qui doit, bien entendu, se développer en complémentarité avec d'autres services de maintien à domicile. Il est utile de faire une évaluation des besoins au niveau régional en fonction des différents objectifs de soins auxquels peut répondre l'HAD.

4. 2 Développer des antennes en milieu rural

Dans les départements où il n'y a aucune place d'HAD, la mise en place de ce type de prise en charge doit constituer une priorité. Actuellement, les services sont bien souvent concentrés en zone urbaine, d'accès plus facile et où le relais avec un plateau technique est plus rapide. L'implantation en zone rurale doit pourtant être développée, d'autant plus que la population y est souvent plus âgée. Cette implantation peut s'appuyer sur des antennes déconcentrées, situées dans des établissements de santé.

4. 3 Favoriser les contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé et les services d'HAD

Les contrats d'objectifs et de moyens sont le support d'un développement quantitatif et qualitatif des services d'HAD. La prise en charge à domicile des patients doit être envisagée dans le projet médical et dans le projet d'établissement pour les services rattachés à un établissement public. Les modalités de prise en charge des patients, l'intervention des différents acteurs (hospitaliers, services d'HAD, libéraux) devront tenir compte des recommandations formulées précédemment pour améliorer la sécurité et la qualité des soins apportées aux patients. Selon les orientations définies dans le SROS, les services pourront développer plus particulièrement des types de prise en charge considérés comme prioritaires : prise en charge de la douleur, soins palliatifs, oncologie, soins de suite et réadaptation en tenant compte de l'existant. Toutefois les services d'HAD n'ont pas vocation à se spécialiser. La complémentarité avec les autres services de maintien à domicile devra être envisagée, avec possibilités de passage de l'un à l'autre suivant l'intensité des soins requis. La participation à un réseau de soins plus vaste intégrant les différentes structures et facilitant l'accès aux soins du patient ne peut être qu'un avantage.

Nous vous demandons de veiller à ce que l'hospitalisation à domicile prenne, dans votre région, la part qui lui revient au regard de sa spécificité et des besoins qu'elle a vocation à satisfaire. Vous nous ferez part des difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de ces orientations

LA MINISTRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITE

Martine AUBRY

LA SECRETAIRE D'ETAT A LA SANTE
ET AUX HANDICAPES

Dominique GILLOT

ANNEXE 6 : Décret 25 juin 2004

J.O n° 148 du 27 juin 2004 page 11713
texte n° 15

Décrets, arrêtés, circulaires
Textes généraux
Ministère de la santé et de la protection sociale

Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile

NOR: SANA0421055D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la protection sociale,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 232-13, L. 311-7, L. 311-8, L. 312-1, L. 312-7, L. 313-1, L. 313-12 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 322-3 ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6321-1 ;

Vu le code du travail, notamment ses articles L. 129-1 et D. 129-7 ;

Vu le code rural ;

Vu le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

Vu la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 modifiée relative à l'assurance maladie maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles ;

Vu le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ;

Vu le décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique ;

Vu le décret n° 2003-1135 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation, de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

Vu l'avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 4 février 2004 ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 17 février 2004 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 5 mars 2004 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en date du 7 avril 2004,

Décète :

TITRE Ier

DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

Article 1

Conformément aux dispositions des 6° et 7° du I de l'article 312-1 du code de l'action sociale et des familles, les services de soins infirmiers à domicile assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, auprès :

- a) De personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes ;
- b) De personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap ;
- c) De personnes adultes de moins de soixante ans atteintes des pathologies chroniques mentionnées au 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou présentant une affection mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

Article 2

Les services mentionnés à l'article 1er interviennent à domicile ou dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées et pour personnes adultes handicapées mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et dans les établissements mentionnés aux II et III de l'article L. 313-12 de ce même code.

Article 3

Les interventions mentionnées à l'article 1er sont assurées par :

- 1° Des infirmiers qui exercent les actes relevant de leur compétence, organisent le travail des

aides-soignants et des aides médico-psychologiques et assurent, le cas échéant, la liaison avec les autres auxiliaires médicaux ;

2° Des aides-soignants qui réalisent, sous la responsabilité des infirmiers, les soins de base et relationnels et concourent à l'accomplissement des actes essentiels de la vie correspondant à leur formation et des aides médico-psychologiques ;

3° Des pédicures podologues, des ergothérapeutes et des psychologues, en tant que de besoin. Le service de soins infirmiers à domicile doit comprendre un infirmier coordonnateur salarié.

Article 4

Tout service de soins infirmiers à domicile dispose de locaux lui permettant d'assurer ses missions, en particulier la coordination des prestations de soins et des personnels mentionnés à l'article 3.

Ces locaux peuvent être organisés sous forme de plusieurs antennes.

Article 5

Afin de garantir la continuité des soins et leur bonne coordination, les services de soins infirmiers à domicile assurent eux-mêmes, ou font assurer, les soins mentionnés à l'article 1er, quel que soit le moment où ceux-ci s'avèrent nécessaires.

Article 6

Les fonctions de l'infirmier coordonnateur comprennent :

1° Les activités de coordination du fonctionnement interne du service, notamment :

- a) L'accueil des personnes mentionnées à l'article 1er et de leur entourage ;
- b) L'évaluation des besoins de soins de ces personnes au moyen de visites à leur domicile, afin d'élaborer et de mettre en oeuvre les projets individualisés de soins ;
- c) La coordination des professionnels mentionnés à l'article 3 ;

2° Le cas échéant, les activités d'administration et de gestion du service ;

3° La participation du service aux activités conduites par le centre local d'information et de coordination mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 232-13 du code de l'action sociale et des familles ;

4° Le cas échéant, les activités de coordination du service avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux concernés, notamment en participant :

- a) Aux formules de coopération sociale et médico-sociale mentionnées à l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles ;
- b) Aux formules de coopération sanitaire mentionnées au titre III du livre Ier de la sixième

partie du code de la santé publique ;

c) Aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique ;

5° En tant que de besoin, des activités de soins auprès des usagers du service.

Article 7

Les infirmiers et pédicures-podologues libéraux peuvent exercer au sein d'un service de soins infirmiers à domicile, sous réserve d'avoir conclu une convention avec l'organisme gestionnaire de ce service.

Cette convention comporte au moins les éléments suivants :

1° L'engagement du professionnel exerçant à titre libéral à respecter le règlement de fonctionnement et le projet de service respectivement mentionnés aux articles L. 311-7 et L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles ;

2° Les modalités d'exercice du professionnel au sein du service, visant à garantir la qualité des soins, et notamment :

a) Sa collaboration avec l'infirmier coordonnateur mentionné à l'article 3 du présent décret ;

b) La tenue du dossier de soins des personnes auprès desquelles il intervient ;

c) Sa contribution à l'élaboration du relevé prévu au second alinéa de l'article 9 du présent décret.

Article 8

Le praticien-conseil du régime d'assurance maladie dont relève l'assuré est informé par l'organisme gestionnaire du service de soins infirmiers à domicile, dans un délai de cinq jours ouvrables, de toute admission dans le service. Il reçoit alors copie de la prescription établie par le médecin de l'assuré. Il est également informé des modifications apportées au traitement et de toutes les prolongations de prises en charge au-delà du trentième jour et tous les trois mois ensuite.

Article 9

A la clôture de l'exercice, le rapport d'activité du service est établi par l'infirmier coordonnateur, selon un modèle et des modalités de transmission à l'autorité mentionnée au b de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles fixés par arrêté du ministre chargé des affaires sociales.

Le service de soins infirmiers à domicile tient le relevé, pour chaque personne bénéficiant de soins visés à l'article 1er, des périodes d'intervention du service, des prescriptions et des indications thérapeutiques qui ont motivé ces interventions, ainsi que de la nature de ces dernières. Ce relevé est tenu à la disposition du médecin inspecteur de santé publique de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales et du contrôle médical des organismes d'assurance maladie ainsi que, le cas échéant, du médecin de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.

TITRE II
LES SERVICES D'AIDE
ET D'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE

Article 10

Conformément aux dispositions des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, les services d'aide et d'accompagnement à domicile agréés au titre de l'article L. 129-1 du code du travail qui interviennent auprès des personnes mentionnées à l'article 1er concourent notamment :

1° Au soutien à domicile ;

2° A la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne ;

3° Au maintien ou au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Article 11

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile assurent, au domicile des personnes ou à partir de leur domicile, des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, hors ceux réalisés, sur prescription médicale, par les services mentionnés à l'article 1er.

Ces prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne.

Article 12

La personne morale gestionnaire du service est responsable du projet de service mentionné à l'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles, notamment de la définition et de la mise en oeuvre des modalités d'organisation et de coordination des interventions mentionnées à l'article 10.

Les prestations définies à l'article 11 sont réalisées par des aides à domicile, notamment des auxiliaires de vie sociale.

Article 13

Tout service d'aide et d'accompagnement à domicile dispose de locaux lui permettant d'assurer ses missions, en particulier la coordination des prestations et des personnels mentionnés à l'article 12.

Ces locaux peuvent être organisés sous forme de plusieurs antennes.

Article 14

Afin de garantir la continuité des interventions et leur bonne coordination, les services d'aide

et d'accompagnement à domicile assurent eux-mêmes, ou font assurer, les prestations mentionnées à l'article 10, quel que soit le moment où ceux-ci s'avèrent nécessaires.

TITRE III

LES SERVICES POLYVALENTS D'AIDE

ET DE SOINS À DOMICILE

Article 15

Les services qui assurent, conformément aux dispositions des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, les missions d'un service de soins infirmiers à domicile tel que défini à l'article 1er et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile défini à l'article 10 sont dénommés services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

Article 16

L'élaboration d'un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins, sur la base d'une évaluation globale des besoins de la personne, est conduite par une équipe pluridisciplinaire composée des personnels mentionnés aux articles 3 et 12 et coordonnée par un personnel salarié du service.

Article 17

Sont applicables aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile les dispositions des articles 5 et 14 du présent décret.

TITRE IV

DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES

Article 18

L'article D. 129-7 du code du travail est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, après les mots : « sur proposition du directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle », la fin de la phrase est supprimée ;

2° Le troisième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans le cas des services prestataires organisant l'aide et l'accompagnement à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées, l'agrément est subordonné à la délivrance de l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles.

Dans le cas de services portant sur la garde d'enfants de moins de trois ans ou de services mandataires organisant l'aide et l'accompagnement à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées, l'agrément est délivré après avis du président du conseil général. Cet

avis porte sur la capacité des associations, entreprises et établissements publics hébergeant des personnes âgées demandant l'agrément à assurer une prestation de qualité, notamment en se dotant des moyens humains, matériels et financiers proportionnés à cette exigence. »

Article 19

Les services mentionnés aux titres Ier et II doivent satisfaire aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement prévues par le présent décret dans un délai de trois ans à compter de sa publication.

Article 20

Le décret n° 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées est abrogé.

Article 21

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre de la santé et de la protection sociale, le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales, le ministre délégué à l'intérieur, porte-parole du Gouvernement, le ministre délégué aux personnes âgées, le secrétaire d'Etat au budget et à la réforme budgétaire et la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 25 juin 2004.

Jean-Pierre Raffarin

ANNEXE 7 : Délivrance à domicile

Article L5125-25 LIVRAISON A DOMICILE

Il est interdit aux pharmaciens ou à leurs préposés de solliciter des commandes auprès du public.

Il est interdit aux pharmaciens de recevoir des commandes de médicaments et autres produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 par l'entremise habituelle de courtiers et de se livrer au trafic et à la distribution à domicile de médicaments, produits ou objets précités, dont la commande leur serait ainsi parvenue.

Toute commande livrée en dehors de l'officine par toute autre personne ne peut être remise qu'en paquet scellé portant le nom et l'adresse du client.

Toutefois, sous réserve du respect des dispositions du premier alinéa de l'article L. 5125-21, les pharmaciens d'officine, ainsi que les autres personnes légalement habilitées à les remplacer, assister ou seconder, peuvent dispenser personnellement une commande au domicile des patients dont la situation le requiert.

Article R5104-5 DISPENSATION A DOMICILE

(inséré par Décret n° 95-862 du 25 juillet 1995 art. 1 Journal Officiel du 1er août 1995)

La dispensation à domicile peut être effectuée par le pharmacien titulaire ou gérant de l'officine après décès, ou par le pharmacien gérant de la pharmacie mutualiste ou d'une société de secours minière, ou par leurs assistants ou leur remplaçant.

Elle peut également être effectuée par les préparateurs en pharmacie ou les étudiants mentionnés à l'article L. 588 du CSP.

Dans le cas mentionné à l'alinéa précédent, le pharmacien titulaire ou le pharmacien gérant, ou, le cas échéant, son remplaçant, ou un assistant de l'officine ou de la pharmacie mutualiste ou d'une société de secours minière, veille personnellement à ce que toutes les instructions nécessaires à une bonne observance et compréhension de la prescription par le patient soient données préalablement à la personne qui assure la dispensation.

ANNEXE 8 : Liste LPPR

Arrêté du 26 juin 2003 relatif à la codification de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

NOR:SANS0322312A

J.O. du 06/09/2003 Pages : 15404/15405

(Application des art. R. 165-1 à R. 165-30 du code de la sécurité sociale - Abroge implicitement l'arrêté du 6 août 2001 relatif aux titres Ier, II, III et IV de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale - Cette liste, qui est substituée au " Tarif interministériel des prestations sanitaires " et dont elle est une refonte, est organisée comme suit :

- *Titre Ier : Dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements*
 - *chapitre 1er : Dispositifs médicaux, matériels et produits pour le traitement de pathologies spécifiques*
 - *chapitre 2 : Dispositifs médicaux de maintien à domicile et d'aide à la vie pour malades et handicapés*
 - *chapitre 3 : Articles pour pansements, matériels de contention*
- *Titre II : Orthèses et prothèses externes*
 - *chapitre 1er : Orthèses (ex " petit appareillage ")*
 - *chapitre 2 : Optique médicale*
 - *chapitre 3 : Appareils électroniques correcteurs de surdité*
 - *chapitre 4 : Prothèses externes non orthopédiques*
 - *chapitre 5 : Prothèses oculaires et faciales*
 - *chapitre 6 : Podo orthèses*
 - *chapitre 7 : Orthoprothèses*
- *Titre III : Dispositifs médicaux implantables, implants issus de dérivés d'origine humaine ou en comportant et greffons tissulaires d'origine humaine*
 - *chapitre 1er : Dispositifs médicaux implantables ne comportant aucun dérivé ou tissu d'origine biologique ou n'étant pas issus de tels dérivés*
 - *chapitre 2 : Dispositifs médicaux implantables issus de dérivés de tissus d'origine animale non viables ou en comportant*
 - *chapitre 3 : Greffons tissulaires d'origine humaine*
 - *chapitre 4 : Dispositifs médicaux implantables actifs*
- *Titre IV : Véhicules pour handicapés physiques*
 - *chapitre I : Fauteuils roulants*
 - *chapitre II : Véhicules divers*
 - *chapitre III : Adjonctions, options et réparations applicables aux fauteuils roulants)*

ANNEXE 9: BPDO, recommandation

RECOMMANDATIONS POUR L'APPLICATION DES BONNES PRATIQUES DE DISPENSATION A DOMICILE DE L'OXYGENE A USAGE MEDICAL, A L'OFFICINE

"Le pharmacien s'engage à respecter les bonnes pratiques de dispensation de l'oxygène médical".

Le pharmacien s'engage à se former avant le 30 juin 2003

➤ *Le pharmacien assure les prestations générales :*

- *Le conseil, l'éducation et la fourniture d'explications au patient et à ses proches et particulièrement les consignes concernant la sécurité. (chapitres 4-2 et 4-3 des Bonnes pratiques).*
- *Le pharmacien fait systématiquement une visite le jour de l'installation à domicile, qu'il soit prestataire ou donneur d'ordre (cas d'une oxygénothérapie de courte durée) ou au cours de la semaine (cas d'une oxygénothérapie de longue durée).*
- *Des visites régulières à domicile en fonction des besoins pour s'assurer de la bonne observance du traitement et des recommandations (chapitre 2.1.4 des Bonnes pratiques). Il fait un compte-rendu de sa visite sur une fiche (une fois par mois).*
- *Le suivi et la coordination du traitement avec les médecins et auxiliaires médicaux en charge du patient (par exemple mesure de l'oxymétrie).*
- *Il assure le suivi pharmacothérapeutique et la globalité de la médication appliquée au patient (paragraphe 2.1.4 des Bonnes pratiques). Par ailleurs, le pharmacien intervient au domicile du patient chaque fois que cela s'avère nécessaire (chapitre 2.1.4 des Bonnes pratiques).*
- *Il est le responsable de la prestation (dernier alinéa du chapitre 2.1.4 des Bonnes pratiques).*
- *Il assure matériovigilance et pharmacovigilance (il en est le correspondant) – (chapitre 2.1.6 des Bonnes pratiques).*

➤ *Le pharmacien s'engage à fournir ou sous-traiter les prestations communes :*

- *Fournitures de consommables :*

Tuyau d'administration d'oxygène de 3 à 30 mètres de longueur.

Les lunettes à patient unique à raison d'une moyenne de 2 par mois.

Eventuellement :

. Sonde nasale

. Masque

. Cloche de Hood

. Catheter transtrachéal

. Humidificateur. (Références cahier des charges des forfaits T.I.P.S.)

- Fournitures de l'oxygène médical gazeux et/ou liquide et/ou d'un oncentrateur.
 - Remboursement de l'électricité prévue au T.I.P.S.
- Le tout dans le respect de l'assurance qualité décrite au chapitre 1 des Bonnes pratiques.*

➤ *Le pharmacien s'engage à assurer ou à sous-traiter les prestations techniques*

:

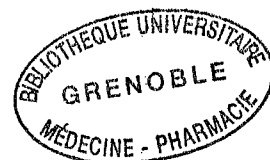
- *La livraison des matériels et la mise à disposition à domicile, l'information technique correspondante, le rappel des règles de sécurité et le bon fonctionnement de l'installation (Chapitre 4.2 des Bonnes Pratiques), la reprise éventuelle de matériel, la désinfection (Sauf si matériel à patient unique), les règles d'hygiène liées à l'utilisation du matériel.*
 - *La maintenance technique comprenant le respect des exigences d'entretien du constructeur et la surveillance de l'état du matériel au domicile ainsi qu'un service d'astreinte téléphonique 7 j/7, 24 h/24, (chapitre 4-5 des Bonnes Pratiques) nécessaire au traitement des urgences.*
 - *La mise en place d'une procédure de livraison évitant la rupture d'approvisionnement, que l'oxygène médical administré soit gazeux ou liquide (chapitre 4-4-1 des Bonnes Pratiques).*
 - *La mise à disposition d'une bouteille d'oxygène gazeux, dans le cas de la fourniture d'un concentrateur (Cas de l'oxygénothérapie de courte durée)...*
 - *La réparation ou le remplacement du matériel défectueux dans un délai de 12 heures (Cas de l'oxygénothérapie de longue durée)..*
 - *La participation à la gestion de la traçabilité, des réclamations et des rappels (Chapitre 5 des Bonnes Pratiques).*
 - *Le respect des règles de sécurité (Chapitre 3 des Bonnes Pratiques).*
 - *La continuité territoriale telle qu'indiquée au TIPS.*
- N.B. La sous-traitance est en conformité avec le Chapitre 6 des Bonnes Pratiques.*

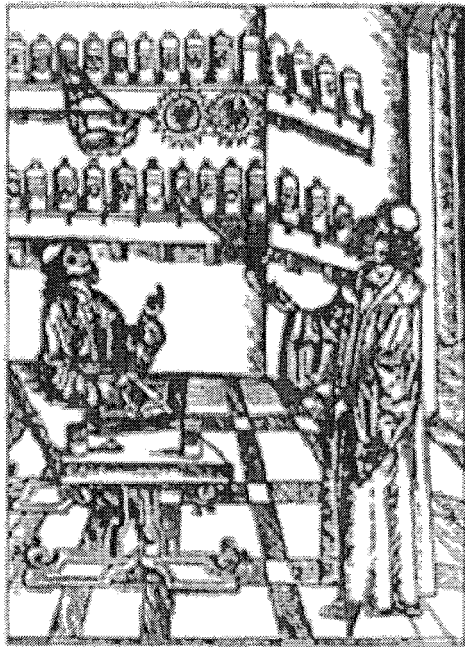
➤ *Le pharmacien assure les prestations administratives :*

- *Rapport avec les caisses d'assurance maladie ou complémentaires.*
- *Suivi de la prise en charge.*
- *Suivi des renouvellements.*

Référence :

Bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical / Ministère de l'emploi et de la solidarité. - Paris : Direction des journaux officiels, 2000 (Bulletin officiel, fascicule spécial N° 2000/2 bis)





Serment des Apothicaires

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

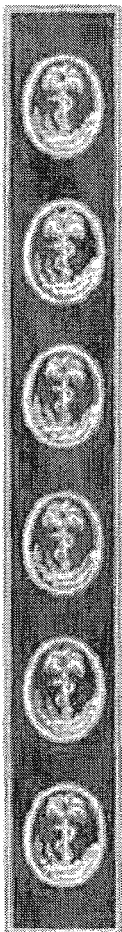
D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

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

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

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

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



NOM-Prénom : CACARET Damien

Titre de la thèse : LE POSITIONNEMENT DU PHARMACIEN DANS L'ASSISTANCE MEDICO-TECHNIQUE A DOMICILE

Résumé :

Face au vieillissement de la population française et à l'augmentation des dépenses de santé, l'Assistance Médico-Technique à Domicile (**AMTD**), offre globale de prise en charge à domicile, connaîtra pour des raisons sociales, démographiques et culturelles une croissance très forte que l'on pense soutenue jusqu'en 2050.

Si l'accès à l'**AMTD** reste très inégalitaire sur l'ensemble du territoire français (en terme de localisation, au niveau de la qualité des intervenants...), toute personne doit pouvoir avoir accès à la même qualité de services.

Pour des raisons historiques, et compte tenu de sa taille, le marché est pris d'assaut par le milieu associatif et des prestataires privés. Or, le pharmacien possède tous les facteurs clés de réussite pour devenir un acteur incontournable de l'**AMTD** notamment grâce au réseau professionnel et structuré que constituent les 23 000 officines françaises. L'animation de ce réseau lui confèrera une position privilégiée et un rôle prépondérant en tant que professionnel de santé.

Ainsi, d'une fonction reconnue de conseil, le pharmacien a les moyens de se présenter comme un interlocuteur légitime, pivot de cette nouvelle réponse à une prise en charge globale au domicile. Plusieurs voies sont à explorer pour qu'il puisse pleinement jouer son rôle au sein de ce marché en mutation.

Le pharmacien sera plus que jamais au centre d'un nouveau dispositif de santé tenant compte des aspirations de notre époque. C'est ce vers quoi il doit tendre et c'est ainsi qu'il sera reconnu.

Mots Clés : Aide à domicile, maintien à domicile, soins à domicile, réseaux de soins, dépendances, matériel médical, personnes âgées.

Jury : Président : Mme Martine DELETRAZ-DELPOR

Adresse de l'auteur: *[Données personnelles retirées de la version diffusée]*
