



HAL
open science

Hospitalisation à domicile et mise à disposition des médicaments : enquête auprès de 114 structures d'hospitalisation à domicile en France

Marjorie Faure

► **To cite this version:**

Marjorie Faure. Hospitalisation à domicile et mise à disposition des médicaments : enquête auprès de 114 structures d'hospitalisation à domicile en France. Sciences pharmaceutiques. 2006. dumas-01526019

HAL Id: dumas-01526019

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01526019>

Submitted on 22 May 2017

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 SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.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>



1^{er} exemplaire

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2006

N° : 7009

**HOSPITALISATION A DOMICILE
ET MISE A DISPOSITION DES MEDICAMENTS :
ENQUETE AUPRES DE 114 STRUCTURES
D'HOSPITALISATION A DOMICILE EN FRANCE.**

THESE

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

MARJORIE FAURE

[Données à caractère personnel]

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE
GRENOBLE*

Le : 14 mars 2006

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

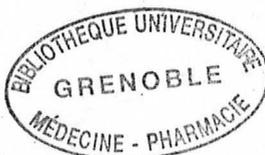
Président du jury : Monsieur le Docteur B. ALLENET, maître de conférence universitaire

Membres : Madame le Docteur L. NICOLAS, médecin coordonnateur de l'HAD de Grenoble

Madame le Docteur D. CHARLETY, responsable UF pharmacotechnie au CHU de Grenoble

Monsieur le Docteur P. ROUSSEL, directeur de l'HAD de Voiron

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



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 |
| 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 |
| WOUESSIDJEW | 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 |
| BRETON | Jean | Parasitologie |
| 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 |
| RIONDEL | Jacqueline | Physiologie - Pharmacologie |
| SEVE | Michel | Ens. Physique / Rech. Biochimie |
| TARBOURIECH | Nicolas | |
| VANHAVERBEKE | Cécile | Chimie Bio-Inorganique |
| VILLEMAIN | Danielle | Mathématiques / Informatique |
| VILLET | Annick | Chimie Analytique |
| PROFESSEUR AGREGE (PRAG) | | |
| ROUTABOUL | Christel | Chimie Générale |

A mes parents et grands-parents,
Qui m'ont donné l'envie de faire ce métier formidable,
pour leur amour et leur confiance.

A Ben,
Pour son amour, son soutien, sa patience,
et tout simplement sa présence tout au long de mes études,
et un grand merci pour la réalisation Internet des questionnaires
et le traitement informatique des réponses.

A mes frères,
Pour m'avoir parfois empêchée de travailler.

A mes deux maîtres de stages,
Pour les enseignements qu'ils m'ont donnés.

A mes amis,
Pour les bons moments passés et à venir ensemble.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Docteur Allenet,

Pour m'avoir fait l'honneur et le plaisir d'accepter la présidence de ce jury et pour tout ce que qu'il m'a enseigné pendant mes études,

A Madame le Docteur Nicolas,

Pour son accueil au sein du service d'hospitalisation à domicile, pour sa gentillesse et sa disponibilité, qui m'ont donné envie de m'intéresser d'avantage à l'hospitalisation à domicile et pour ses conseils, ses encouragements et tout le temps passé pour m'aider dans la réalisation de ce travail.

A Madame le Docteur Charléty,

Pour son accueil au sein de l'unité de préparation centralisée des cytotoxiques et pour son aimable participation à ce jury.

A Monsieur le Docteur Roussel,

Pour l'intérêt qu'il porte à ce travail en acceptant de le juger.

A toutes les personnes qui ont répondu à l'enquête,

Pour le temps consacré à répondre au questionnaire et pour m'avoir permis de concrétiser ce travail.

Qu'ils trouvent ici l'expression de mes sincères remerciements

et le témoignage de ma profonde reconnaissance.

| | |
|--|-----------|
| Liste des figures..... | 4 |
| Liste des abréviations | 6 |
| INTRODUCTION | 7 |
| 1^{ÈRE} PARTIE : HOSPITALISATION À DOMICILE ET MISE À DISPOSITION DES MÉDICAMENTS :..... | 10 |
| 1. Présentation de l'hospitalisation à domicile : | 11 |
| 1.1. Définitions de l'hospitalisation à domicile et des autres prises en charge à domicile : | 11 |
| 1.1.1. Définition de l'hospitalisation à domicile..... | 11 |
| 1.1.2. Définition des soins infirmiers à domicile..... | 13 |
| 1.1.3. Définition des réseaux de santé..... | 15 |
| 1.1.4. Définition du maintien à domicile | 16 |
| 1.2. Dépendance des patients, modes de prise en charge et types de soins dispensés en hospitalisation à domicile : | 17 |
| 1.2.1. Dépendance des patients..... | 17 |
| 1.2.2. Liste des différents modes de prise en charge | 19 |
| 1.2.3. Soins ponctuels | 20 |
| 1.2.4. Soins continus | 20 |
| 1.2.5. Soins de réadaptation au domicile | 21 |
| 1.3. Fonctionnement d'une structure d'hospitalisation à domicile :..... | 22 |
| 1.3.1. Personnels en hospitalisation à domicile | 22 |
| 1.3.2. Rôle des différents médecins intervenant auprès du patient..... | 23 |
| 1.3.3. Admission du patient en hospitalisation à domicile | 25 |
| 1.3.4. Suivi du patient en hospitalisation à domicile | 28 |
| 1.3.5. Sortie du patient de l'hospitalisation à domicile..... | 28 |
| 1.4. Situation actuelle de l'hospitalisation à domicile en France : | 32 |
| 1.4.1. Volonté de développer l'hospitalisation à domicile..... | 32 |
| 1.4.2. Nombre, types de structures et nombre de places..... | 33 |
| 1.4.3. Répartition géographique..... | 34 |
| 2. Mise à disposition des médicaments en hospitalisation à domicile : cadre réglementaire : | 36 |
| 2.1. Structures d'hospitalisation à domicile disposant d'une pharmacie à usage intérieur :..... | 36 |
| 2.1.1. Missions de la pharmacie à usage intérieur | 37 |
| 2.1.2. Conditions de fonctionnement..... | 39 |

| | |
|--|----|
| 2.2. Structures d'hospitalisation à domicile ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur : | 41 |
| 2.2.1. Médicaments destinés à des soins urgents | 41 |
| 2.2.2. Médicaments autres que ceux destinés aux soins urgents | 42 |
| 2.3. Cas particulier de la préparation et de la reconstitution des chimiothérapies anticancéreuses en hospitalisation à domicile | 45 |

2^{ÈME} PARTIE : ENQUÊTE AUPRÈS DE 114 STRUCTURES D'HOSPITALISATION À DOMICILE EN FRANCE :49

1. Matériel et méthode50

2. Résultats :52

| | |
|---|----|
| 2.1. Présentation des répondants | 52 |
| 2.2. Structures d'hospitalisation à domicile disposant d'une pharmacie à usage intérieur | 53 |
| 2.3. Structures d'hospitalisation à domicile ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur | 69 |

3. Discussion :84

3.1. Biais 84

3.2. Présentation des répondants 86

| | |
|--|----|
| 3.2.1. Nombre de places et type de structures | 86 |
| 3.2.2. Fonction de la personne ayant complété le questionnaire | 87 |

3.3. Structures d'hospitalisation à domicile disposant d'une pharmacie à usage intérieur : 89

| | |
|--|-----|
| 3.3.1. Connaissance du livret thérapeutique | 89 |
| 3.3.2. Prescription des médicaments | 90 |
| 3.3.3. Dispensation des médicaments inscrits au livret thérapeutique | 92 |
| 3.3.4. Dispensation des médicaments non inscrits au livret thérapeutique | 95 |
| 3.3.5. Dispensation des médicaments urgents pendant les heures d'ouverture de la pharmacie à usage intérieur | 100 |
| 3.3.6. Dispensation des médicaments urgents en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie à usage intérieur | 101 |

3.4. Structures d'hospitalisation à domicile ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur : 104

| | |
|--|-----|
| 3.4.1. Choix de l'officine | 104 |
| 3.4.2. Conditions de collaboration officine – hospitalisation à domicile | 105 |
| 3.4.3. Refus d'une officine | 106 |
| 3.4.4. Dispensation des médicaments disponibles en ville | 108 |
| 3.4.5. Achat des médicaments réservés à l'usage hospitalier | 109 |
| 3.4.6. Création d'une pharmacie à usage intérieur | 115 |

| | |
|--|------------|
| 3.5. Questions communes : | 117 |
| 3.5.1. Information du médecin traitant concernant le mode de dispensation des médicaments | 117 |
| 3.5.2. Circuit de l'ordonnance et des médicaments | 118 |
| 3.5.3. Education thérapeutique du patient | 125 |
| 3.5.4. Durée de délivrance des médicaments | 129 |
| 3.5.5. Devenir des médicaments en fin d'hospitalisation à domicile (structures avec pharmacie à usage intérieur) | 132 |
| 3.5.6. Pourcentage représenté par le pôle de dépenses pharmacie dans le budget de la structure | 136 |
| 3.5.7. Chimiothérapies anticancéreuses | 137 |
| 4. Perspectives métier | 141 |
| CONCLUSION | 145 |
| BIBLIOGRAPHIE | 148 |
| ANNEXES | 155 |
| Annexe 1 : questionnaire hospitalisation à domicile avec pharmacie à usage intérieur | 156 |
| Annexe 2 : questionnaire hospitalisation à domicile sans pharmacie à usage intérieur | 159 |
| Annexe 3 : lettre d'accompagnement | 162 |

Liste des figures :

| | |
|--|----|
| Procédure d'admission en hospitalisation à domicile au CHU de Grenoble..... | 27 |
| Procédure de suivi en hospitalisation à domicile au CHU de Grenoble..... | 30 |
| Procédure de sortie en hospitalisation à domicile au CHU de Grenoble..... | 31 |
| Répartition des structures d'HAD sur le territoire français fin août 2005..... | 35 |

HAD avec PUI :

| | |
|--|----|
| Nombre de places..... | 53 |
| Type de structures..... | 54 |
| Fonction de la personne ayant complété le questionnaire..... | 54 |
| Combien de références sont inscrites au livret thérapeutique ?..... | 55 |
| Le médecin traitant est-il informé du mode de dispensation des médicaments en HAD ?..... | 55 |
| A-t-il connaissance du livret thérapeutique ?..... | 56 |
| Prescrit-il uniquement des médicaments de ce livret ?..... | 56 |
| En général, les médicaments prescrits et non au livret sont-ils remplacés par un équivalent ?..... | 57 |
| Si oui, par qui ?..... | 57 |
| Si non, comment les obtient-on ?..... | 58 |
| Les médicaments prescrits et inscrits au livret thérapeutique sont-ils tous dispensés par la PUI ?..... | 58 |
| Qui apporte l'ordonnance à la PUI ?..... | 60 |
| Qui rapporte les médicaments chez le patient ?..... | 60 |
| Quel est le délai moyen entre la prescription et le début du traitement (en dehors des urgences) ?..... | 61 |
| Qui apporte l'ordonnance à l'officine ou autre pour les médicaments qui ne sont pas délivrés par la PUI ?..... | 61 |
| Qui rapporte les médicaments chez le patient ?..... | 62 |
| Quel est le délai moyen entre la prescription et le début du traitement ?..... | 62 |
| Qui fournit les médicaments urgents (pendant les heures d'ouverture de la PUI) ?..... | 63 |
| Qui fournit les médicaments les nuits, week-end et jours fériés ?..... | 63 |
| Pour combien de jours les médicaments sont-ils délivrés au domicile du patient ?..... | 64 |
| Que fait-on des médicaments quand le patient sort de l'HAD ?..... | 64 |
| Que fait-on des médicaments quand le patient est réhospitalisé ?..... | 65 |
| Que fait-on des médicaments quand le patient décède ?..... | 65 |
| Qui fait l'éducation thérapeutique du patient ?..... | 66 |
| L'HAD réalise-t-elle des chimiothérapies intraveineuses à domicile ?..... | 66 |
| Où sont reconstituées les chimiothérapies ?..... | 67 |
| Qui reconstitue les chimiothérapies ?..... | 67 |
| Quel % représente le pôle de dépense pharmacie dans le budget de l'HAD ?..... | 68 |

HAD sans PUI :

| | |
|--|----|
| Nombre de places..... | 69 |
| Type de structures..... | 70 |
| Fonction de la personne ayant complété le questionnaire..... | 70 |
| Le médecin traitant est-il informé du mode de dispensation des médicaments en HAD ?..... | 71 |

| | |
|--|----|
| Quelles sont les conditions pour qu'une officine puisse travailler avec l'HAD ? | 71 |
| Arrive-t-il qu'une officine refuse de travailler avec l'HAD ? | 72 |
| Si oui, pour quelles raisons ? | 73 |
| Pour combien de temps les médicaments sont-ils délivrés (sans déconditionnement) ? | 74 |
| Le pharmacien (ou son personnel) doit-il porter les médicaments au domicile du patient ?.... | 74 |
| Le pharmacien va-t-il au domicile des patients pour l'éducation thérapeutique ? | 75 |
| Les médicaments disponibles en ville sont-ils tous dispensés par une officine ?..... | 75 |
| Où sont achetés les médicaments réservés à l'usage hospitalier ?..... | 76 |
| Comment sont fixés les prix des médicaments réservés à l'usage hospitalier ?..... | 77 |
| Comment ces médicaments sont-ils achetés ? | 77 |
| Ces médicaments sont-ils stockés à l'HAD ? | 78 |
| Avez-vous envisagé de créer une PUI ? | 78 |
| Pourquoi ? HAD ayant envisagé de créer une PUI..... | 79 |
| Pourquoi ? HAD n'ayant pas envisagé de créer une PUI | 80 |
| L'HAD réalise-t-elle des chimiothérapies intraveineuses à domicile ?..... | 80 |
| Où sont reconstituées les chimiothérapies ? | 81 |
| Qui reconstitue les chimiothérapies ? | 82 |
| Quel % représente le pôle de dépense pharmacie dans le budget de l'HAD ?..... | 82 |

Liste des abréviations :

AAH : allocation adulte handicapé
AES : allocation d'éducation spéciale
AMM : autorisation de mise sur le marché
ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
APA : aide personnalisée à l'autonomie
APHP : assistance publique des hôpitaux de Paris
ARH : agence régionale de l'hospitalisation
CHU : centre hospitalier universitaire
COMEDIMS : commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS : direction générale de la santé
DMS : dispositif médical stérile
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
HAD : hospitalisation à domicile
IDE : infirmière diplômée d'état
MAD : maintien à domicile
PSPH : participant au service public hospitalier
PUI : pharmacie à usage intérieur
SAU : service d'accueil d'urgence
SIAD : soins infirmiers à domicile
SROS : schéma régional de l'organisation des soins
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
T2A : tarification à l'activité
UNPF : union nationale des pharmacies de France

INTRODUCTION

Actuellement, un nombre croissant de patients souhaite être soigné à domicile pour leur confort physique et moral et pour améliorer leur qualité de vie. Selon un sondage réalisé par la Sofres, 70% des français préféreraient en effet être soignés à domicile plutôt qu'à l'hôpital en cas de maladie ou d'accident, et 81% en cas de troubles liés au grand âge ou à la dépendance. Par ailleurs, pour des raisons économiques et sociologiques, l'hôpital se recentre sur son rôle de lieu technique de soins et de diagnostic et le malade doit donc poursuivre ses soins dans d'autres lieux.

C'est dans ce contexte que se développe l'hospitalisation à domicile, alternative à l'hospitalisation traditionnelle.

Existant déjà depuis 1957 à Paris, elle apparaît officiellement pour la première fois dans la loi de 1970 portant réforme hospitalière. Puis les décrets du 2 octobre 1992 permettent de fixer réellement le cadre réglementaire de l'hospitalisation à domicile. Ses missions et ses modalités de fonctionnement seront encore précisées par deux circulaires, en mai 2000 puis en février 2004.

Le fonctionnement pharmaceutique de ces structures est régi par la loi du 8 décembre 1992 et son décret d'application du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur.

Cependant, ce décret ne concerne pas uniquement les structures d'hospitalisation à domicile. Il régit le fonctionnement pharmaceutique de tous les établissements de santé, selon l'existence ou non d'une pharmacie à usage intérieur dans ces établissements. D'autre part, ce décret paraît alors que les structures d'hospitalisation à domicile fonctionnent déjà.

Les structures ont donc pu rencontrer des difficultés pour l'application de ce décret.

C'est pourquoi nous avons enquêté auprès des structures d'hospitalisation à domicile recevant effectivement des malades au mois de mars 2005, l'objectif de l'enquête étant de connaître les difficultés rencontrées dans la mise à disposition des médicaments par rapport au cadre réglementaire et les solutions trouvées par certaines structures.

Dans un premier temps, nous rappellerons ce qu'est l'hospitalisation à domicile, sa place dans l'offre de soins en France, les types de soins qu'elle permet de dispenser, son fonctionnement. Puis nous ferons une synthèse du décret du 26 décembre 2000, afin d'expliquer le cadre réglementaire du fonctionnement pharmaceutique au sein des structures d'hospitalisation à domicile, selon l'existence ou non d'une pharmacie à usage intérieur.

Ensuite, nous présenterons et analyserons les résultats de l'enquête réalisée auprès des structures d'hospitalisation à domicile. A partir de ces résultats, nous pourrions proposer des perspectives métier afin de valoriser les rôles du pharmacien en hospitalisation à domicile.

1^{ÈRE} PARTIE :

HOSPITALISATION A

DOMICILE

ET MISE A DISPOSITION

DES MÉDICAMENTS

1. Présentation de l'hospitalisation à domicile :

1.1. Définitions de l'hospitalisation à domicile et des autres prises en charge à domicile :

Entre hospitalisation traditionnelle et médecine de ville, différentes prises en charge à domicile existent, répondant à une législation et une réglementation spécifiques.

1.1.1. Définition de l'hospitalisation à domicile :

L'hospitalisation à domicile (HAD) existe officiellement en France depuis la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. En effet, l'article 4 de cette loi pose les bases de l'HAD en spécifiant que « les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant » (19).

Pourtant, dès 1957, l'assistance publique des hôpitaux de Paris (APHP) expérimentait l'HAD et en 1960, une convention était signée entre le service d'HAD et la caisse régionale de sécurité sociale de Paris. La première structure d'HAD de province a également vu le jour avant la loi de 1970, c'était à Grenoble, en 1969.

L'HAD fait partie des alternatives à l'hospitalisation, ces structures ayant pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée (11).

L'HAD 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 (4).

Elle permet 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 (11).

En effet, les malades admis en HAD nécessitent des soins complexes, c'est-à-dire à la fois :

- une coordination des soins
- une évaluation médicale au moins hebdomadaire
- 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 (4).

Un des points forts et intérêts de l'HAD est d'être en mesure de coordonner au chevet du malade, les interventions de plusieurs professionnels, relevant de spécialités ou de disciplines différentes et de modes d'exercice différents. La coordination entre ces intervenants repose notamment sur le médecin coordonnateur (2).

L'état du patient doit faire l'objet d'une évaluation médicale régulière afin d'adapter de façon continue la prise en charge au plus près de ses besoins. Il s'agit d'une évaluation réalisée par l'équipe médicale et soignante, en lien avec le médecin traitant (2).

En revanche, ne sont pas admis en HAD les malades :

- qui relèvent uniquement de soins à l'acte, non coordonnés,
- qui relèvent de soins infirmiers à domicile (SIAD),
- dont l'état justifie le maintien au sein d'une structure de soins traditionnelle en raison de la permanence et de la haute technicité des soins dont ils relèvent,
- qui relèvent uniquement de nutrition entérale ou parentérale, de moyens de suppléance à une insuffisance respiratoire ou une insuffisance rénale et des structures de soins alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie (4). (La prise en charge de patients atteints de maladies psychiatriques est désormais possible, la circulaire du 4 février 2004 définit le cahier des charges de la prise en charge en HAD en psychiatrie.)

La prise en charge en HAD ne se fait pas en fonction d'une maladie mais d'un niveau de soins, soins qui doivent être plus lourds que ceux dispensés dans les SIAD mais moins denses que ceux réservés à l'hôpital traditionnel (38).

1.1.2. Définition des soins infirmiers à domicile :

Les SIAD ou services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, auprès :

- de personnes âgées de soixante ans ou plus, malades ou dépendantes ;
- de personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap ;
- de personnes adultes de moins de soixante ans atteintes d'une pathologie chronique.

Ces prestations sont assurées par :

- des infirmiers qui exercent les actes 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 ;
- des aides-soignants, qui assurent, 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 ;
- des pédicures-podologues, des ergothérapeutes et des psychologues (18).

Les SIAD ont notamment pour vocation :

- d'éviter l'hospitalisation des personnes âgées lors de la phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile,
- de faciliter les retours à domicile à la suite d'une hospitalisation,
- de prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état des personnes et leur admission dans les services de long séjour (actuels soins de longue durée) ou dans les sections de cure médicale (actuels établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)) (9).

Les SSIAD sont destinés aux personnes âgées et plus des deux tiers de leurs usagers sont âgés de 80 ans et plus. La plupart des actes effectués par les SSIAD, principalement des soins de nursing, le sont par des aides-soignants, ces derniers comptent pour 80% du personnel soignant et assurent plus de 80% des visites aux patients (27).

1.1.3. Définition des réseaux de santé :

Les réseaux sont nés spontanément du terrain, il y a une vingtaine d'années, dans l'intérêt du patient, pour des pathologies comme le SIDA, où le cloisonnement ville-hôpital et l'absence de prise en charge sociale n'étaient plus acceptables au regard de la lourdeur de la pathologie (45).

En 2002 est donnée une définition réglementaire unique des réseaux de santé.

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique.

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers (22).

Les réseaux de santé sont donc des organisations coordonnées de tous les professionnels intervenants autour d'un patient (professionnels hospitaliers, libéraux, du monde sanitaire et social) afin de lui assurer une prise en charge globale à l'hôpital comme au domicile. Aujourd'hui, pour nombre de pathologies chroniques, la coordination des soins et les réseaux de santé s'imposent comme un des principaux moyens de réforme du système de santé dans un souci d'amélioration de la qualité des soins (45).

1.1.4. Définition du maintien à domicile :

Le maintien à domicile (MAD) ne correspond à aucune structure au sens juridique ou médical. Il s'agit en fait de la poursuite des soins par des professionnels libéraux.

Les acteurs du maintien à domicile peuvent être :

- du personnel social : aides à domicile, travailleuses familiales, auxiliaires de vie,
- du personnel médical : médecins, pharmaciens,
- du personnel paramédical : infirmières, aides-soignantes et autres professionnels de santé si nécessaire (26).

Le malade choisit ses prestataires. Le coût des soins est individualisé par acte et par produit.

Différentes allocations permettent la prise en charge des frais de maintien à domicile selon le profil des personnes :

- l'allocation pour adultes handicapés (AAH),
- l'allocation compensatrice, qui indemnise l'assistance d'une tierce personne,
- l'allocation d'éducation spéciale (AES) destinée aux jeunes handicapés,
- l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) (26).

1.2. Dépendance des patients, modes de prise en charge et types de soins dispensés en hospitalisation à domicile :

Les patients relevant de l'HAD peuvent être très différents au niveau de la pathologie principale et des pathologies associées, des soins nécessaires et de la durée de prise en charge.

Ils peuvent être admis pour différents modes de prise en charge, qui eux-mêmes, peuvent être classés dans trois catégories de soins : soins ponctuels, soins continus et soins de réadaptation à domicile (4).

La dépendance des patients pris en charge en HAD est évaluée par l'indice de Karnofsky.

1.2.1. Dépendance des patients :

L'indice de Karnofsky permet de caractériser la dépendance des patients à l'aide d'un pourcentage compris entre 10 et 100% (1).

| Indice de Karnofsky | Etat du patient |
|---------------------|--|
| 100% | Normal, aucune plainte, aucun signe ou symptôme de la maladie |
| 90% | Capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne, symptômes ou signes mineurs de la maladie |
| 80% | Capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne avec effort, quelques symptômes ou signes mineurs |
| 70% | Capable de se prendre en charge, incapable de mener une activité normale ou de travailler |
| 60% | Nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart de ses soins personnels |
| 50% | Nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents |
| 40% | Handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers |
| 30% | Sévèrement handicapé, l'hospitalisation est indiquée, bien que la mort ne soit pas imminente |
| 20% | Hospitalisation nécessaire, très malade, nécessite un traitement de soutien actif |
| 10% | Moribond, processus fatal progressant rapidement |

En 2005, l'indice de Karnofsky des patients admis en HAD à Grenoble était compris entre 20 et 80%. 95% des patients avaient un indice de Karnofsky inférieur ou égal à 60% et 43% des patients avaient un indice de Karnofsky inférieur ou égal à 40%.

Les patients admis en HAD sont donc, dans la plupart des cas, incapables de mener une activité normale ou de travailler et nécessitent une aide, plus ou moins importante.

1.2.2. Liste des différents modes de prise en charge :

Le complément à la circulaire du 30 mai 2000 relative à l'HAD recense 17 modes de prise en charge. Chacun de ces modes est caractérisé par des exigences de coordination médicale, de soins infirmiers et d'autres soins paramédicaux (1).

- Assistance respiratoire
- Chimiothérapie
- Douleur
- Education du patient et de son entourage
- Immunothérapie
- Nutrition entérale
- Nutrition parentérale
- Pansements complexes (escarres, ulcères, brûlés, ...)
- Prise en charge psychologique et/ou sociale
- Radiothérapie
- Rééducation orthopédique
- Rééducation neurologique
- Soins palliatifs
- Surveillance postchimiothérapique
- Surveillance d'aplasie
- Traitement anti-infectieux ou autre par voie veineuse
- Transfusion sanguine

Ce document doit permettre aux services d'HAD de déterminer, préalablement à l'admission du patient et en fonction du ou des modes de prise en charge que son état de santé requiert, de quel type de soins il relève et d'élaborer un projet thérapeutique.

En 2005, à l'HAD de Grenoble, les modes de prise en charge les plus fréquents ont été :

- les soins palliatifs : 30% des prises en charge,
- l'éducation du patient et de son entourage : 19%,
- les pansements complexes : 16%,
- les chimiothérapies : 11%.

1.2.3. Soins ponctuels :

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 (4).

Il peut s'agir, par exemple, de la réalisation d'une cure d'antibiotiques chez un patient atteint de mucoviscidose ou de chimiothérapie anticancéreuse.

1.2.4. Soins continus :

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 (4).

Il s'agit là des soins palliatifs.

1.2.5. Soins de réadaptation au domicile :

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 (4).

Ce type de soins fait suite, par exemple, à un accident vasculaire cérébral, à une fracture du col du fémur, à une insuffisance cardiaque ou à une polypathologie gériatrique.

La définition des soins délivrés en HAD pose donc le principe de la polyvalence des structures (2).

1.3. Fonctionnement d'une structure d'hospitalisation à domicile :

Afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients, la circulaire du 30 mai 2000 précise les conditions de fonctionnement de ces structures. Les conditions d'admission, de suivi et de sortie d'un patient d'HAD sont ainsi formalisées, les rôles respectifs de chacun des trois médecins intervenant auprès du patient sont également précisés. Le décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 fixait déjà la composition des équipes d'HAD.

1.3.1. Personnels en hospitalisation à domicile :

L'HAD assure une prise en charge coordonnée du malade grâce à une équipe pluridisciplinaire, médicale, paramédicale, sociale et administrative/logistique (4).

Elle fait obligatoirement appel à des compétences diverses : infirmières, puéricultrices, aides-soignantes, sages-femmes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, ... (35).

Un médecin coordonnateur organise le fonctionnement médical de la structure.

Toute structure d'HAD doit disposer en permanence d'au moins un agent pour six patients pris en charge. Cet agent est selon le cas un auxiliaire médical ou un agent relevant des personnels de rééducation.

Le personnel exprimé en équivalent temps plein, autres que les médecins, exerçant dans la structure est constitué au moins pour moitié d'infirmiers ou d'infirmières.

Quelle que soit la capacité autorisée de la structure, un cadre infirmier assure la coordination des interventions des personnels non médicaux. La structure comporte en outre au moins un cadre infirmier pour trente places autorisées (12).

Les personnels peuvent être salariés de la structure, salariés de toute personne morale ayant passé convention avec la structure ou d'exercice libéral lorsque les personnels sont habilités à pratiquer ce mode d'exercice (12).

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'HAD, que ce soit dans un cadre associatif ou public (4).

1.3.2. Rôle des différents médecins intervenant auprès du patient : (4)

Dans la majorité des cas en HAD, trois médecins interviennent auprès du patient : le médecin traitant, le médecin coordonnateur, et le médecin hospitalier. Chacun a son propre rôle dans les soins apportés au patient.

- Le médecin traitant :

Le médecin traitant est choisi librement par le malade. Qu'il soit ou non le 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'HAD 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 traditionnel, si nécessaire.

- Le médecin coordonnateur :

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.

- Le médecin hospitalier :

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 d'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.

1.3.3. Admission du patient en hospitalisation à domicile :

La prescription de l'HAD est faite par le médecin traitant lors d'une consultation ou d'une visite ou par un médecin hospitalier (4). L'HAD peut donc faire suite à une hospitalisation ou non, le patient peut être admis en hospitalisation à domicile directement à partir de son domicile. Dans tous les cas, il faut avant tout s'assurer du souhait, si ce n'est du désir, du patient d'être pris en charge à domicile (35).

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 (4).

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 (4). C'est-à-dire que le cadre infirmier se rend dans le service où est hospitalisé le malade ou à son domicile (quand la demande émane du médecin traitant) pour rencontrer le malade et évaluer ses besoins en soins (38). Le patient ne peut être admis que si son état nécessite des soins correspondant à la typologie définie plus haut.

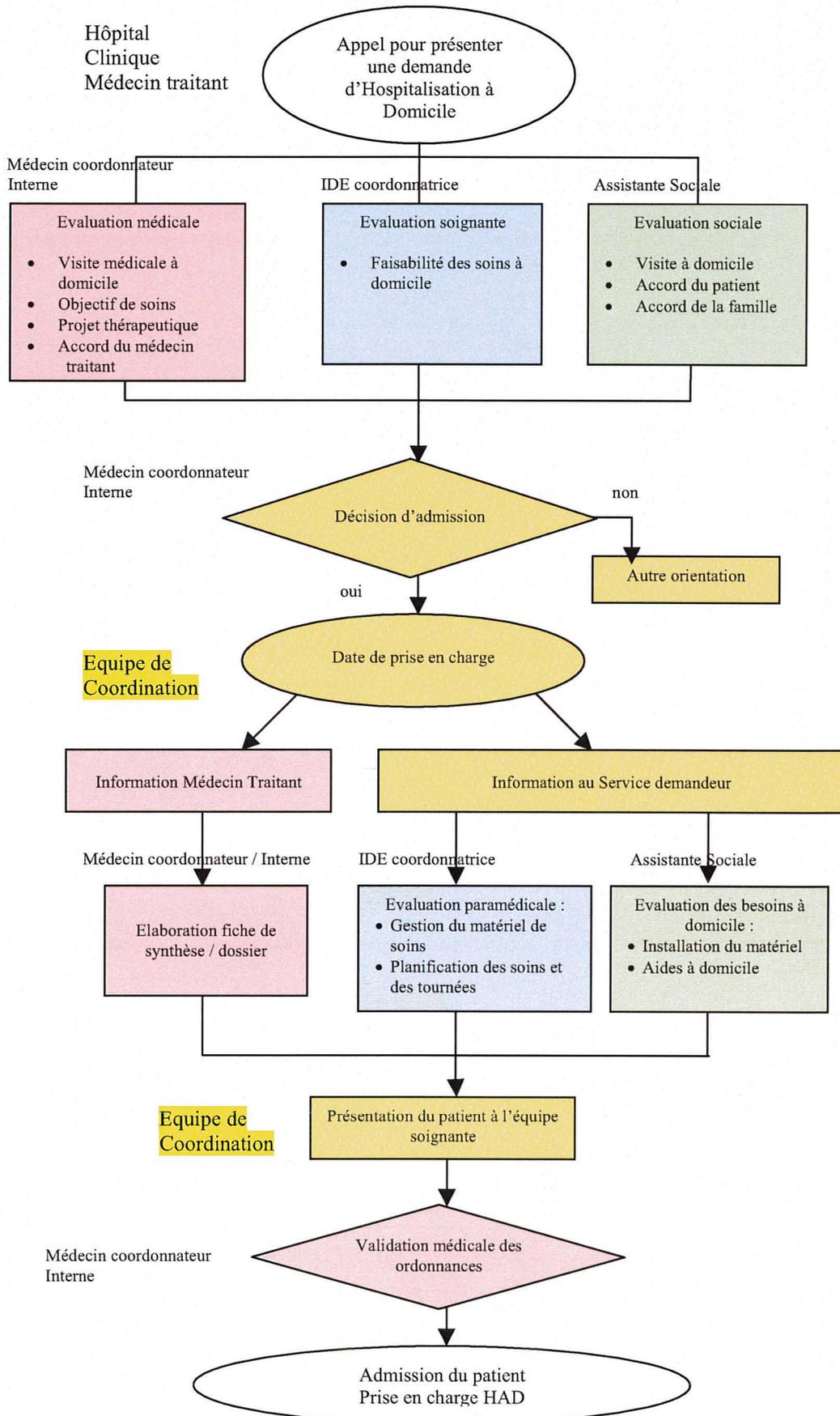
Le service social évalue les possibilités du réseau familial et social afin de garantir les conditions les plus adaptées du retour à domicile (4). C'est à dire qu'avant la prise en charge en HAD, et avec l'accord du malade, l'assistante sociale rencontre l'entourage au domicile et évalue avec lui les limites et les possibilités de la mise en place de l'HAD (38). Le projet thérapeutique prend en compte les besoins d'aide supplémentaires : aide à domicile, travailleuse familiale, repas à domicile et auxiliaire de vie.

L'évaluation de la situation du patient se fait donc à trois niveaux : médical, paramédical et social. L'élaboration d'un projet thérapeutique permet de satisfaire l'ensemble des partenaires de soins et le patient lui-même (35).

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 (4).

Le schéma de la procédure d'admission en HAD au centre hospitalier universitaire (CHU) de Grenoble représente les différentes étapes préalables à la prise en charge d'un patient en HAD.

Procédure d'admission en hospitalisation à domicile au CHU de Grenoble.



1.3.4. Suivi du patient en hospitalisation à domicile :

Le projet thérapeutique est actualisé durant le séjour. L'aspect social et les besoins d'aide supplémentaires sont également réévalués périodiquement.

En effet, 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 (4).

Afin de garantir la sécurité des patients et la coordination des soins, toute structure dite d'HAD dispose d'un système de communication à distance permettant, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, y compris les dimanches et jours fériés, d'assurer une liaison permanente entre les patients, leurs familles et les personnels de l'HAD (12).

Le schéma de la procédure de suivi en HAD au CHU de Grenoble représente les interactions entre les différents personnels intervenant auprès du patient et entre ces personnes et le patient et son entourage.

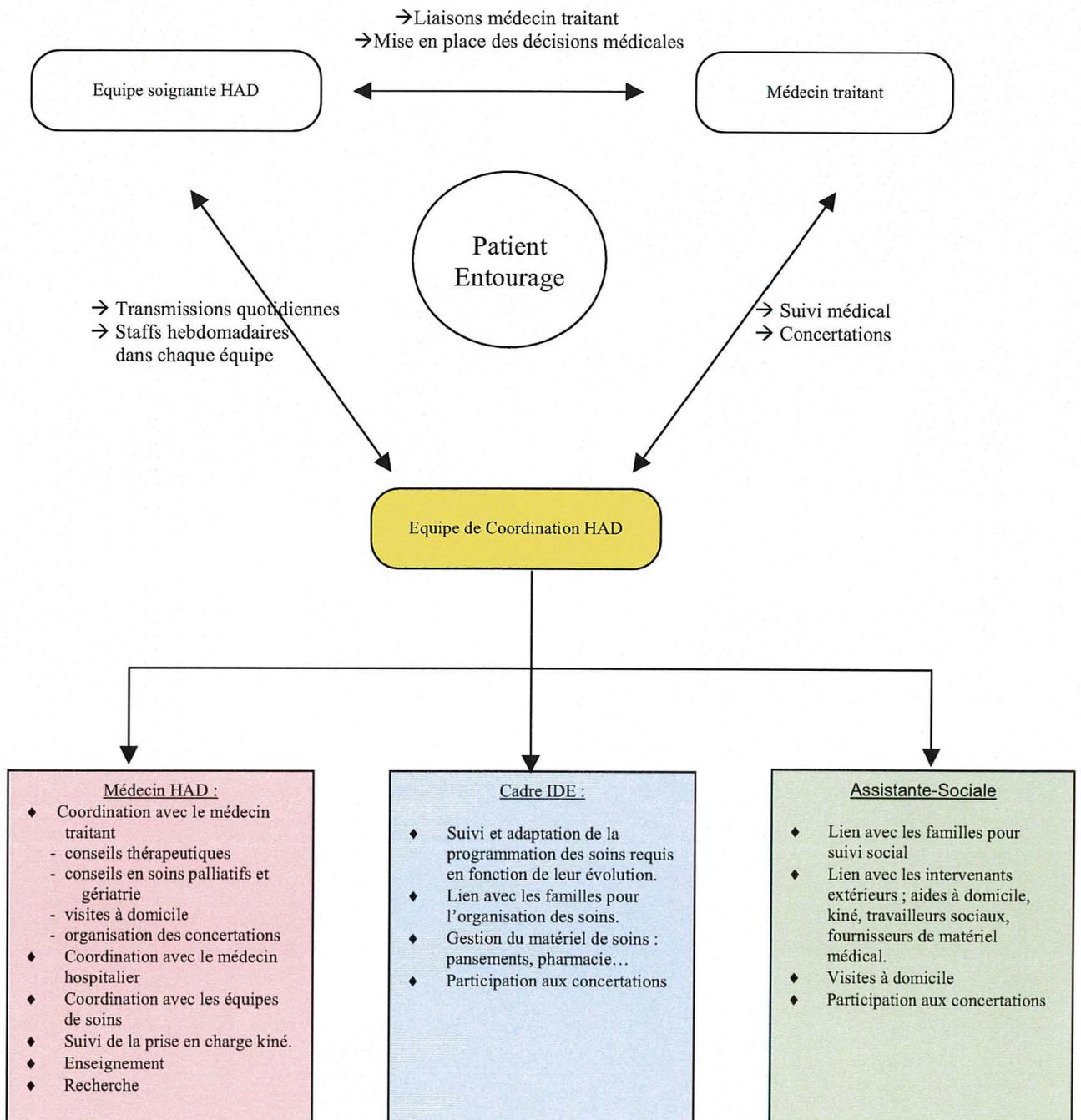
1.3.5. Sortie du patient de l'hospitalisation à domicile :

Au moment de la sortie du patient, le projet thérapeutique est encore actualisé, par le médecin traitant en concertation avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante de l'HAD et, si nécessaire, le service social (4).

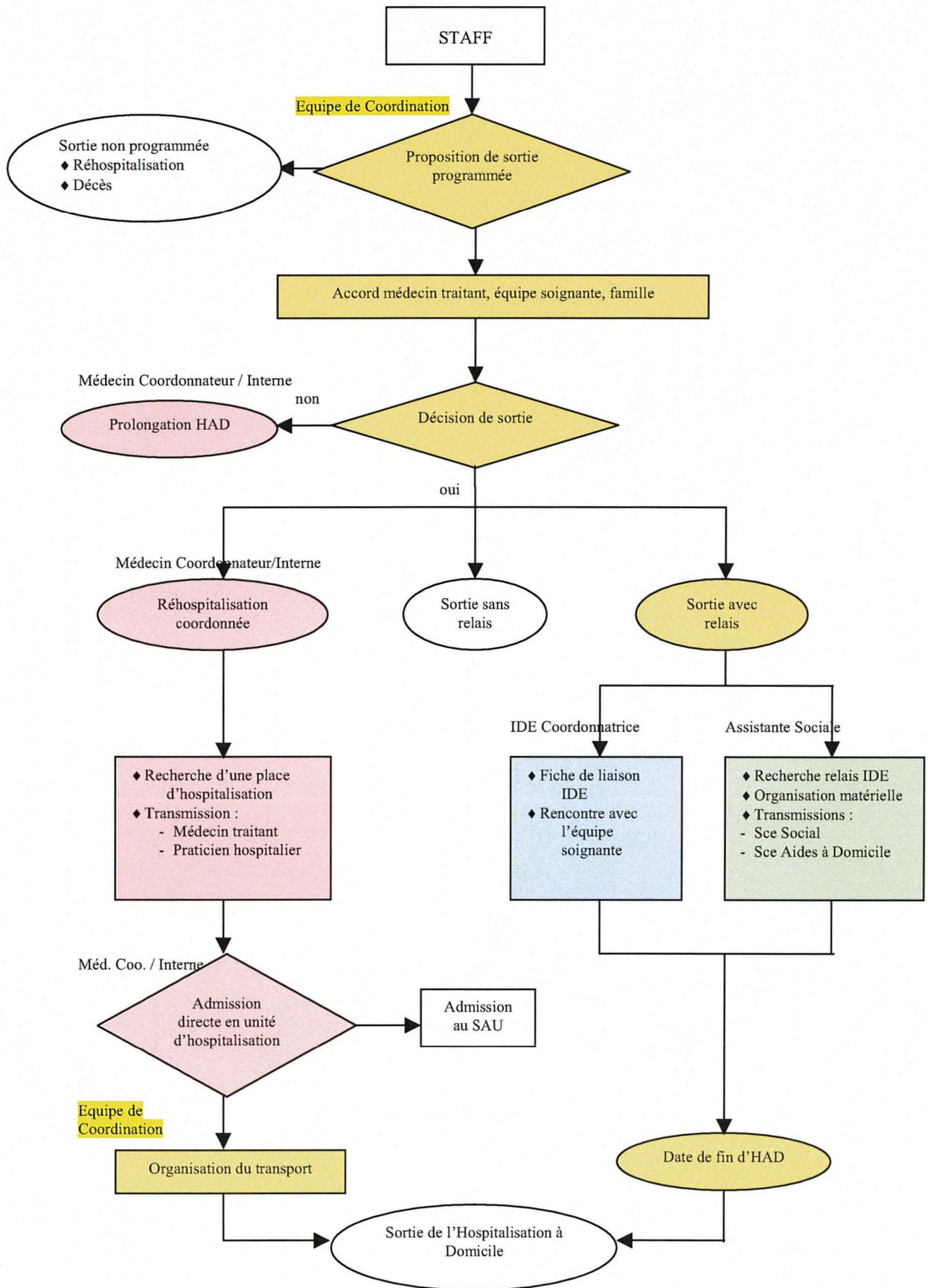
Toujours en accord avec le médecin traitant, l'équipe d'HAD organise dans les meilleures conditions la sortie du patient, en s'assurant que les relais utiles sont mis en place. En cela, le rôle du service social est essentiel pour aider les familles dans les démarches socio-administratives (4).

Le schéma de la procédure de sortie en HAD au CHU de Grenoble représente les différentes étapes préalables à sortie d'un patient de l'HAD.

Procédure de suivi en hospitalisation à domicile au CHU de Grenoble.



Procédure de sortie en hospitalisation à domicile au CHU de Grenoble.



1.4. Situation actuelle de l'hospitalisation à domicile en France :

1.4.1. Volonté de développer l'hospitalisation à domicile :

La circulaire du 30 mai 2000 indique déjà la volonté de développer l'HAD : « il paraît nécessaire d'encourager la création ou l'extension de services d'HAD pour répondre aux besoins de la population. De plus, 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 » (4).

Pourtant, le développement de l'HAD restait relativement faible en 2002. Ce constat a conduit à modifier le cadre légal et réglementaire afin de le rendre plus incitatif (2).

Ainsi, l'ordonnance du 4 septembre 2003 (25) pose le cadre d'une nouvelle planification sanitaire, ce qui se traduit pour l'HAD, par :

- la suppression de l'imputation à la carte sanitaire : il ne peut désormais plus être opposé de carte sanitaire à la création de places d'HAD.
- la fin du taux de change : l'article du code de la santé publique qui prévoie que les projets de structures de soins alternatives à l'hospitalisation situés dans une zone sanitaire dont les moyens sont excédentaires peuvent être autorisés à condition d'être assortis d'une réduction des moyens d'hospitalisation est abrogé et remplacé.
- l'obligation pour les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) d'intégrer le développement des alternatives à l'hospitalisation, dont l'hospitalisation à domicile.

Le développement de l'HAD est à intégrer aux politiques régionales et doit se traduire par la création de places et de structures supplémentaires. Une attention particulière doit être portée à la création de places dans les zones géographiques qui en sont actuellement

dépourvues : la création d'HAD, ou d'antenne de structure d'HAD, à partir d'un établissement de santé de proximité ou d'un hôpital local est particulièrement à envisager (2).

Ainsi, étant donné son intérêt pour le patient et pour la modernisation de notre système de santé, qui doit mieux prendre en compte la vie et les aspirations des personnes malades, le développement de l'HAD devrait se poursuivre et même s'accélérer (28).

1.4.2. Nombre de structures, nombre de places et types de structures :

Depuis quelques années, le nombre de structures d'HAD ainsi que le nombre de places autorisées ne cessent de croître :

- en 1998, il existe 56 structures et un total de 2500 places,
- en juillet 2004, 121 structures, 5000 places,
- en janvier 2005, 162 structures, 6700 places.

Mais, ces chiffres sont prévisionnels, ils prennent en compte les 41 dossiers de création d'HAD déposés dans les bureaux des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) (31).

En août 2005, 121 structures reçoivent effectivement des malades, avec un total de 5071 places installées.

Ces structures ont des statuts différents :

- 58 structures publiques (1426 places)
- 15 structures participant au service public hospitalier (PSPH) (829 places)
- 42 structures privées à but non lucratif (2651 places)
- 6 structures privées à but lucratif (165 places)

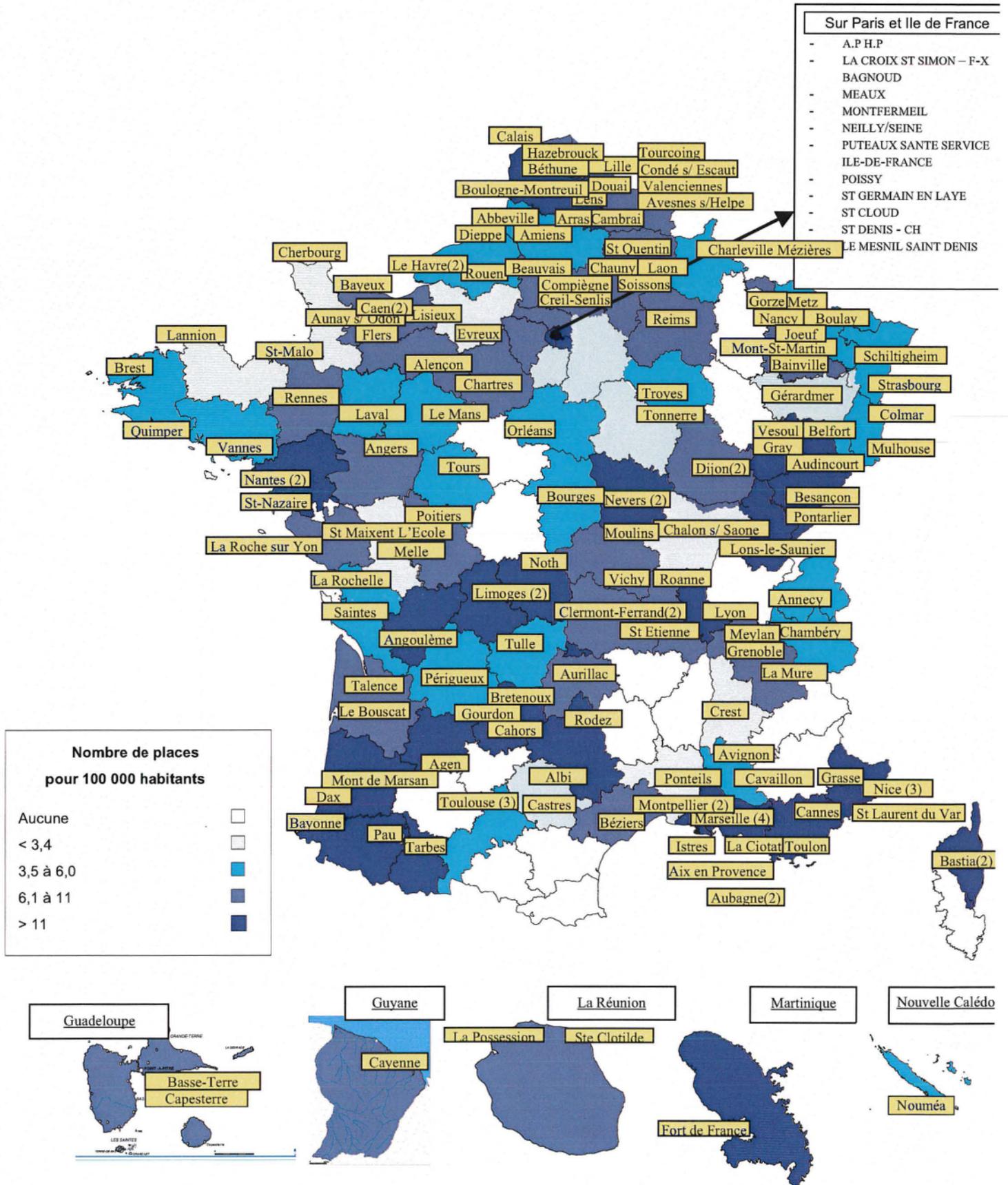
1.4.3. Répartition géographique :

En 1998, 55 départements ne disposent d'aucune structure d'HAD. En juillet 2004, 25 départements ne sont toujours pas couverts et en janvier 2005, il reste encore 17 départements non couverts (31).

Ainsi, malgré une augmentation du nombre de structures et de places, et une diminution du nombre de départements non couverts, la répartition des structures d'HAD sur le territoire français demeure inégale, d'autant que ces structures, le plus souvent situées dans les agglomérations, ne couvrent généralement pas la totalité du département où elles sont implantées.

L'accès des patients à l'HAD dépend donc de leur lieu de résidence et de la capacité d'accueil en HAD de celui-ci.

Répartition des structures d'HAD sur le territoire français fin août 2005.



2. Mise à disposition des médicaments en hospitalisation

à domicile : cadre réglementaire :

L'approvisionnement en médicaments en HAD est régi par le décret n°2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur. Ce décret a été publié au journal officiel du 30 décembre 2000 en application d'une loi du 8 décembre 1992 (20, 37).

Il liste les structures qui pourront posséder leur pharmacie à usage intérieur (PUI), les modalités qui présideront à leur création ou transfert ainsi que leurs conditions d'activité (37). Des dispositions sont également prévues pour les établissements ne disposant pas de PUI.

2.1. Structures d'hospitalisation à domicile disposant d'une pharmacie à usage intérieur : (16)

Le décret du 26 décembre 2000 modifie le code de la santé publique en y insérant un chapitre intitulé « Pharmacies à usage intérieur ». La section 2 de ce chapitre traite en particulier des PUI des structures d'HAD. En effet, le décret autorise l'implantation d'une PUI dans différents types de structures publiques et privées, dont les structures d'HAD.

Une structure d'HAD peut disposer d'une ou de plusieurs PUI implantées dans un lieu leur permettant d'effectuer la dispensation des médicaments ainsi que des dispositifs médicaux stériles (DMS) au domicile des patients pris en charge par ces structures au moins une fois par jour et dans des délais compatibles avec les demandes urgentes. Si la structure d'HAD

dépend d'un établissement de santé et en cas d'absence de PUI propre à cette structure, la PUI de l'établissement assure cette dispensation.

Dans les structures d'HAD disposant de leur propre PUI ou de la PUI de l'établissement de santé dont elles dépendent, c'est donc la PUI qui assure la dispensation des médicaments au domicile des patients.

2.1.1. Missions de la pharmacie à usage intérieur :

Les missions de la PUI sont définies par le décret du 26 décembre 2000. Elles sont applicables aux PUI des structures d'HAD. Le décret distingue deux types de missions : les missions obligatoires et les missions faisant l'objet d'une autorisation spéciale (29).

Les missions obligatoires sont au nombre de trois :

- la gestion, l'approvisionnement et la dispensation des médicaments, produits ou objets faisant partie du monopole pharmaceutique ainsi que des DMS ;
 - la réalisation des préparations magistrales à partir de matières premières ou de spécialités pharmaceutiques ;
 - la division des produits officinaux.
-
- La gestion, l'approvisionnement et la dispensation des médicaments, produits ou objets faisant partie du monopole pharmaceutique et des dispositifs médicaux stériles :

L'approvisionnement est bien une mission pharmaceutique. Les achats auprès des laboratoires doivent être signés d'un pharmacien pour pouvoir être honorés (29).

La dispensation est définie par le code de déontologie des pharmaciens :

« Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

1. L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;
2. La préparation éventuelle des doses à administrer ;
3. La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient. » (13).

La particularité des prescriptions déontologiques est de n'être opposables qu'au sein de la profession pharmaceutique, dont l'Ordre est seul juge de l'engagement de poursuites disciplinaires éventuelles (36). Cependant, l'arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements hospitaliers fait référence à ces dispositions en son article 6 (8). Donc il étend ces obligations à l'ensemble des acteurs du circuit du médicament et leur confère un caractère général (36).

- La réalisation des préparations magistrales :

Il n'est pas précisé dans le décret si la reconstitution des médicaments anticancéreux préparée nominativement pour un malade est ou non une préparation magistrale, mais cela pourrait être le cas (29), puisqu'on entend par préparation magistrale tout médicament préparé extemporanément en pharmacie selon une prescription destinée à un malade déterminé (41).

La préparation des mélanges nutritifs pour alimentation parentérale pourrait également correspondre à cette mission de la PUI, si elle est préparée nominativement (29).

La PUI peut être autorisée à exercer d'autres activités, sous réserve de disposer des moyens en locaux, personnel, équipements et systèmes d'information nécessaires.

Il s'agit de :

- la réalisation des préparations hospitalières à partir de matières premières ou de spécialités pharmaceutiques ;
- la réalisation des préparations rendues nécessaires par les expérimentations ou essais des médicaments ;
- la délivrance des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales ;
- la stérilisation des dispositifs médicaux ;
- la préparation des médicaments radiopharmaceutiques.

2.1.2. Conditions de fonctionnement :

- Locaux :

La conception, la superficie, l'aménagement et l'agencement des locaux de la PUI sont adaptés aux activités dont est chargée cette pharmacie. L'aménagement et l'équipement de la pharmacie doivent permettre une délivrance rapide et aisée aux structures desservies.

Les locaux doivent être installés et équipés de façon à assurer la bonne conservation, le suivi et, s'il y a lieu, le retrait des médicaments, produits ou objets faisant partie du monopole pharmaceutique, des produits officinaux divisés, des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales ainsi que des DMS détenus à la pharmacie, de même que leur sécurité et celle du personnel concerné.

- Pharmacien chargé de la gérance :

Les PUI ne peuvent fonctionner qu'en présence d'un pharmacien chargé de la gérance ou de son remplaçant ou d'un pharmacien assistant exerçant dans cette pharmacie.

Concernant le pharmacien chargé de la gérance, le décret distingue deux situations :

- structures d'HAD relevant d'un établissement public de santé ;
- structures d'HAD privées.

Cependant, dans les deux cas, les dispositions concernant le temps de présence du pharmacien assurant la gérance et le remplacement en cas d'absence de ce pharmacien sont identiques.

Le temps de présence du pharmacien chargé de la gérance de la PUI ne peut être inférieur à l'équivalent de cinq demi-journées par semaine et quelles que soient la cause et la durée de son absence, il doit être remplacé.

- Dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles :

La PUI doit assurer la dispensation des médicaments au domicile des patients pris en charge en HAD. Le pharmacien veille à ce que les conditions de transport des produits pharmaceutiques chez les patients permettent de garantir rapidité, sécurité et parfaite conservation. Il assure le retrait de ces produits si besoin. Il veille en outre à ce que toutes les explications et recommandations sur l'utilisation et la conservation des produits pharmaceutiques soient mises à la disposition du patient.

De plus, la dispensation des médicaments et DMS au domicile des patients pris en charge en HAD doit être au moins quotidienne et compatible avec les demandes urgentes.

2.2. Structures d'hospitalisation à domicile ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur : (16)

La section 5 du chapitre intitulé « pharmacies à usage intérieur » traite des « Etablissements ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur ». Le décret du 26 décembre 2000 avait donc prévu la situation des établissements ne disposant pas de PUI en ce qui concerne l'approvisionnement en médicaments (30). Les dispositions de cette section sont applicables aux établissements de santé y compris les structures d'HAD.

2.2.1. Médicaments destinés à des soins urgents :

Il faut dans un premier temps rappeler l'article L. 5126-6 du code de la santé publique : « Lorsque les besoins pharmaceutiques d'un établissement (...) ne justifient pas l'existence d'une pharmacie, des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L.4211-1 (*produits du monopole pharmaceutique*) destinés à des soins urgents peuvent (...) être détenus et dispensés sous la responsabilité d'un médecin attaché à l'établissement ou d'un pharmacien ayant passé convention avec l'établissement. (...) La convention détermine les conditions dans lesquelles est assuré l'approvisionnement de l'établissement. » (41). Cet article fait donc référence aux médicaments destinés à des soins urgents.

Pour l'approvisionnement en médicaments détenus en application de cet article, c'est-à-dire en médicaments destinés à des soins urgents, deux situations doivent être différenciées :

- les produits pharmaceutiques autres les médicaments réservés à l'usage hospitalier sont fournis par une pharmacie d'officine (soit sur commande écrite du médecin

attaché à l'établissement, soit par une pharmacie d'officine dont le titulaire a passé convention avec l'établissement à cette fin).

- les médicaments réservés à l'usage hospitalier sont fournis par une entreprise pharmaceutique (fabricant, importateur, exploitant,...), sur commande écrite du médecin ou du pharmacien précités.

Ces médicaments sont détenus dans une armoire fermée à clef dont le contenu maximal est fixé, après avis du conseil départemental de l'ordre des médecins, par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

Cependant, plusieurs imprécisions persistent :

- il n'est pas indiqué dans quelle mesure un établissement a des besoins pharmaceutiques qui doivent être assurés par une PUI ou non,
- il n'est pas précisé non plus quels sont les médicaments qui doivent être considérés comme nécessaires à des soins urgents. Le contenu maximal de l'armoire doit être fixé par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, cela peut donc conduire à ce qu'il y ait autant de listes différentes que de départements. Par ailleurs, pour l'instant, aucune liste n'a été établie. Tant que ces listes départementales ne sont pas fixées, le système ne peut pas fonctionner (30).

2.2.2. Médicaments autres que ceux destinés aux soins urgents :

Le décret indique les conditions d'approvisionnement en médicaments destinés à des soins urgents. Il explique également les conditions d'approvisionnement pour les médicaments autres que ceux destinés à des soins urgents : les pharmaciens d'officine et les autres

personnes légalement habilitées à les remplacer, assister ou seconder peuvent dispenser les médicaments autres que ceux destinés à des soins urgents, dans les conditions prévues pour la dispensation à domicile et sous réserve, en ce qui concerne les médicaments classés sur les listes I ou II ou comme stupéfiants, qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale.

Les conditions prévues pour la dispensation à domicile sont :

- les médicaments, produits ou objets faisant partie du monopole pharmaceutique ne peuvent être dispensés à domicile que lorsque le patient est dans l'impossibilité de se déplacer, notamment en raison de son état de santé, de son âge ou de situations géographiques particulières.
- 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. 4241-10 (étudiants en pharmacie à partir de la troisième année et ayant réalisé le stage officinal). Dans ce cas, le pharmacien (...) 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.
- les médicaments, produits ou objets faisant partie du monopole pharmaceutique doivent être transportés par le pharmacien qui assure la dispensation à domicile dans des conditions garantissant leur parfaite conservation (14).

Ces dispositions font disparaître cette notion de médicaments destinés à des soins urgents.

En ce qui concerne les structures d'HAD ne disposant pas de PUI, cet article permet aux

patients d'obtenir les médicaments par une officine, avec éventuellement dispensation à domicile si la situation du patient le requiert.

Cependant, alors que pour l'approvisionnement en médicaments destinés à des soins urgents, une convention est nécessaire pour déterminer les conditions dans lesquelles est assuré l'approvisionnement de l'établissement, pour l'approvisionnement en médicaments autres que ceux destinés à des soins urgents, aucune mention de convention ne figure.

Par ailleurs, dans les deux situations, il n'y a aucune précision quant à « comment s'organiseront ces conventions ? », comme le fait remarquer Jean-Claude Cazes, représentant de l'union nationale des pharmacies de France (UNPF). Par appel d'offres ? Par contacts personnels ?... (37).

En définitive, les conditions d'approvisionnement en médicaments pour les patients pris en charge en HAD peuvent être résumées ainsi :

| | Médicaments pour soins urgents | | Médicaments non pour soins urgents |
|---------------------|--|---|---|
| | Réserve hospitalière | Non réserve hospitalière | |
| HAD avec PUI | PUI pour tous les médicaments (dispensation quotidienne et délais compatibles avec demandes urgentes) | | |
| HAD sans PUI | Entreprise pharmaceutique (commande écrite) | Officine (commande écrite ou convention) | Officine (dans les conditions de la dispensation à domicile) |

2.3. Cas particulier de la préparation et de la reconstitution des chimiothérapies anticancéreuses en hospitalisation à domicile :

La chimiothérapie constitue un des modes principaux de traitements du cancer. Elle s'administre dans un établissement de santé, le plus souvent en hospitalisation de jour à temps partiel, ou bien au domicile dans le cadre d'une HAD : la chimiothérapie fait partie des modes de prise en charge en HAD énumérés par le complément de la circulaire du 30 mai 2000. Certaines chimiothérapies peuvent être également réalisées au domicile par des professionnels de santé libéraux (3).

Les critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile, définis dans les recommandations de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), regroupent un ensemble de critères thérapeutiques, médicaux, psychologiques, sociaux, environnementaux et organisationnels (33). De plus, tous les patients atteints de cancer doivent désormais, quelque soit leur lieu de prise en charge, y compris au domicile, avoir accès à des soins de support. Ces soins sont définis en oncologie comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques, lorsqu'il y en a (3).

Anticancéreux est le terme qui regroupe des substances actives contre les cellules tumorales. Les anticancéreux sont des substances actives toxiques nécessitant des conditions particulières de prescription, manipulation et administration (33).

Avant le décret du 15 juin 2004 (17), la plupart des anticancéreux étaient réservés à l'usage hospitalier et ne pouvaient être prescrits que par des médecins hospitaliers. Suite au décret du 15 juin 2004, certains médicaments anticancéreux sont sortis de la réserve hospitalière

(42). Cependant, la prescription est toujours soumise à certaines restrictions préconisées dans l'AMM et les pharmaciens sont tenus de s'assurer, lors de la dispensation, de la qualité du prescripteur et de la conformité de la prescription aux exigences de l'AMM (33).

Quelque soit le statut du médicament : réservés à l'usage hospitalier ou non, il est utilisable en HAD. Ce qui va changer, c'est seulement le circuit d'approvisionnement : officine pour les médicaments autres que ceux réservés à l'usage hospitalier, entreprise pharmaceutique pour ceux réservés à l'usage hospitalier. Nous nous intéresserons donc dans cette partie plutôt aux conditions de manipulation de ces médicaments lors de la préparation et de la reconstitution de la chimiothérapie.

En effet, la manipulation des anticancéreux présente des risques potentiels liés à un contact direct avec le produit (peau, muqueuse, cornée,...) ou à son inhalation sous forme de poudre ou d'aérosols formés au cours de la préparation du produit. Pour le manipulateur, les effets indésirables peuvent être immédiats, à type de réactions locales (irritations, nécroses,...) ou générales (prurit, rash, œdème,...), ou retardés, liés aux effets potentiels mutagène, carcinogène ou tératogène. Face à ces risques toxiques, le manipulateur devra se protéger lors de la manipulation d'un anticancéreux, d'autant plus que les connaissances restent encore insuffisantes pour apprécier avec certitude l'impact sur les manipulateurs (33).

En milieu hospitalier, la manipulation des anticancéreux est réglementée par des bonnes pratiques de préparation hospitalière qui décrivent les règles à suivre pour la préparation des médicaments contenant des produits à risque. Le personnel doit être qualifié, formé aux bonnes pratiques de reconstitution et vêtu d'un habillement adapté. Les locaux sont spécifiques, comportent des équipements adaptés (isolateur, hottes à flux d'air laminaire

vertical) et des contrôles d'environnement sont réalisés (33). En effet, dès 1998, une circulaire de la direction générale de la santé (DGS) oriente la préparation des chimiothérapies anticancéreuses parentérales vers leur reconstitution au sein d'unités de préparation centralisées intégrées dans des établissements de santé (6). Puis, la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie indique qu'en sus de la conformité aux référentiels de bonnes pratiques cliniques, la préparation et la reconstitution des cytotoxiques doivent être réalisées dans une unité spécifique avec isolateur ou hotte à flux laminaire sous la responsabilité d'un pharmacien. Or, 38% seulement des établissements réalisant des chimiothérapies répondent aujourd'hui à cette condition : la généralisation de cette mesure est un objectif prioritaire des SROS de troisième génération (3). Ainsi, la préparation et la reconstitution des chimiothérapies font partie des missions pharmaceutiques et nécessitent des équipements adaptés pour la protection du personnel et de la préparation.

Dans le cadre d'une structure d'HAD avec PUI, c'est donc la PUI qui doit se charger de ses missions et mettre en œuvre les moyens nécessaires. Par contre, un problème se pose concernant les structures d'HAD sans PUI. Où et par qui vont être préparées les chimiothérapies ? Dans un consensus de septembre 2003, le groupe de travail de l'ANAES recommandait que les produits pour chimiothérapie anticancéreuse réalisés à domicile soient reconstitués et préparés au sein d'unités de préparation centralisées intégrées dans des établissements de santé, d'une part, car les conditions sécurisées adaptées à la réalisation à domicile d'une chimiothérapie anticancéreuse ne sont pas nécessairement retrouvées au domicile de chaque patient, d'autre part, car le soignant et l'entourage du patient pourraient être exposés à un risque toxique qui, en l'absence de données, ne peut être estimé précisément (40). En 2004, les pharmacies à usage intérieur ont été autorisées à

délivrer à d'autres établissements de santé des préparations magistrales, des préparations hospitalières ainsi que des spécialités pharmaceutiques reconstituées (23). On entend par spécialité reconstituée un médicament issu d'une opération de mélange simple, notamment d'une solution, d'une poudre, d'un lyophilisat avec un solvant pour usage parentéral selon les indications mentionnées dans le résumé des caractéristiques de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de la spécialité (7). Les chimiothérapies peuvent faire partie de ces préparations. Cependant, il faut également tenir compte du décret du 26 décembre 2000 et il est alors difficile de savoir ce qu'il est réellement possible de faire ou non. Tous les médicaments anticancéreux (sous forme de préparations magistrales ou de spécialités reconstituées) peuvent-ils être achetés auprès d'une PUI, ou seulement ceux réservés à l'usage hospitalier ?

Les chimiothérapies sont donc encore parfois préparées à domicile, dans ce cas, par l'infirmière qui effectue l'administration. La manipulation des anticancéreux en dehors du milieu hospitalier nécessite tout autant de protections individuelles, soit le port de masque, casaque, lunettes et gants, et la protection de la préparation. Les déchets produits à toutes les étapes du soin devront être éliminés dans un container et incinérés (33).

L'administration des anticancéreux est réservée aux médecins et infirmiers expérimentés et ayant suivi un enseignement approprié, la circulaire du 2 mars 1990 (5) réglementant la formation des infirmiers participant aux chimiothérapies anticancéreuses (pour l'exercice libéral, le décret du 6 octobre 1989 (10) définit la formation complémentaire nécessaire qui permet aux infirmiers d'administrer des anticancéreux) (33).

2^{ÈME} PARTIE :

ENQUÊTE AUPRÈS DE

114 STRUCTURES

D'HOSPITALISATION A

DOMICILE EN FRANCE

1. Matériel et méthode :

L'enquête a pour but de connaître les difficultés rencontrées par les structures d'HAD dans la mise à disposition des médicaments par rapport au cadre réglementaire et de savoir comment certaines structures ont résolues ces difficultés.

Il s'agit d'une étude descriptive réalisée à l'aide de questionnaires.

Etant donné les fonctionnements totalement différents selon l'existence ou non d'une PUI au sein de la structure, il a été nécessaire de réaliser deux questionnaires :

- un pour les structures d'HAD disposant d'une PUI ou de la PUI de l'établissement de santé dont elles dépendent, ce questionnaire est intitulé HAD avec PUI (annexe1),
- un pour les structures d'HAD ne disposant pas de PUI, ce questionnaire est intitulé HAD sans PUI (annexe 2).

Nous avons conçu ces questionnaires avec l'aide du Dr Nicolas en nous appuyant sur plusieurs éléments :

- le décret du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur, qui constitue le cadre réglementaire de la mise à disposition des médicaments en HAD,
- le mode de fonctionnement de l'HAD de Grenoble (structure avec PUI), que nous connaissions grâce à un stage de trois mois, effectué dans le cadre de la cinquième année hospitalo-universitaire,
- un entretien avec le Dr Dubost, directeur de l'HAD de Lyon, qui nous a permis de mieux appréhender le fonctionnement d'une structure d'HAD sans PUI.

Les deux questionnaires comportaient une première partie d'identification de la structure d'HAD : ville, nombre de places et type de structures, puis ils retraçaient les principales étapes de la mise à disposition des médicaments en HAD, de la prescription à la délivrance au patient, en tenant compte également de l'aspect éducation du patient, gestion des stocks de médicaments, etc.

Les questionnaires ont été envoyés à 114 structures d'HAD en France. Ces structures étaient celles inscrites sur une des deux listes qui nous ont été fournies par la fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) : liste des structures d'HAD adhérentes à la FNEHAD mise à jour le 29 mars 2005 (70 structures) ou liste des structures d'HAD non adhérentes à la FNEHAD mise à jour le 22 mars 2005 (46 structures), et disposant de places installées, soit 114 structures. Deux structures inscrites sur ces listes disposaient de places autorisées mais pas de places installées.

Ces listes regroupaient les coordonnées des structures d'HAD.

Les questionnaires ont été envoyés, accompagnés d'une lettre d'information (annexe 3), le 16 mai 2005, par courriel aux structures pour lesquelles nous avons une adresse courriel ou par courrier aux structures pour lesquelles nous n'avions pas d'adresse courriel. Dans ce deuxième cas, le courrier était adressé au médecin coordinateur de la structure.

Les structures pouvaient compléter le questionnaire sur Internet, ou le retourner complété par courriel, courrier ou fax.

Durant le mois de juillet 2005, nous avons contacté par téléphone les structures n'ayant pas encore répondu, pour leur proposer de répondre au questionnaire par téléphone.

2. Résultats :

2.1. Présentation des répondants :

68 questionnaires ont été complétés :

- 37 structures d'HAD ont complété le questionnaire HAD avec PUI,
- 31 structures d'HAD ont complété le questionnaire HAD sans PUI.

Le pourcentage de réponse est de 60%.

Parmi les 114 structures auprès desquelles nous avons enquêté, nous trouvons :

- 54 structures publiques soit 48%,
- 14 structures PSPH soit 12%,
- 40 structures privées à but non lucratif soit 35%,
- 6 structures privées à but lucratif soit 5%.

La médiane du nombre de places est de 19 places.

Parmi les 68 structures ayant répondu au questionnaire, nous trouvons :

- 29 structures publiques soit 43%,
- 7 structures PSPH soit 10%,
- 27 structures privées à but non lucratif soit 40%,
- 5 structures privées à but lucratif soit 7%.

La médiane du nombre de places est de 20 places.

Les structures ayant répondu au questionnaire sont donc assez comparables aux structures constituant la population source.

2.2. Structures d'hospitalisation à domicile disposant d'une pharmacie à usage intérieur :

Il y a 37 réponses.

❖ Présentation des répondants :

- Nombre de places :

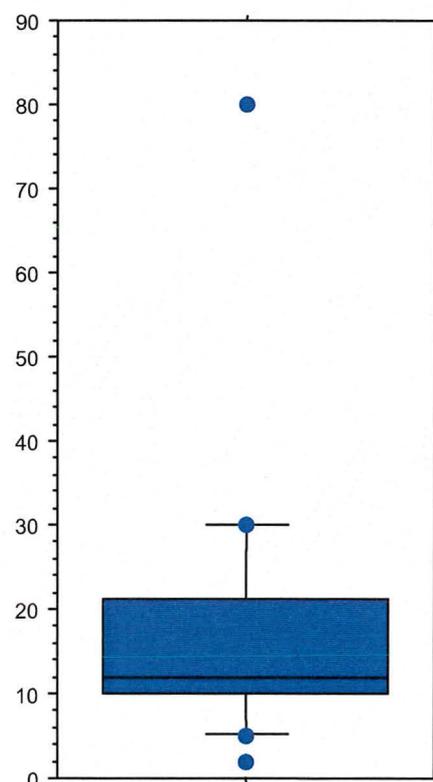
Le nombre total de places pour l'ensemble des structures d'HAD ayant répondu au questionnaire avec PUI est de : 612.

La distribution des réponses n'étant pas normale, nous exprimerons les résultats à l'aide de la médiane et de la représentation graphique par la boîte à moustache.

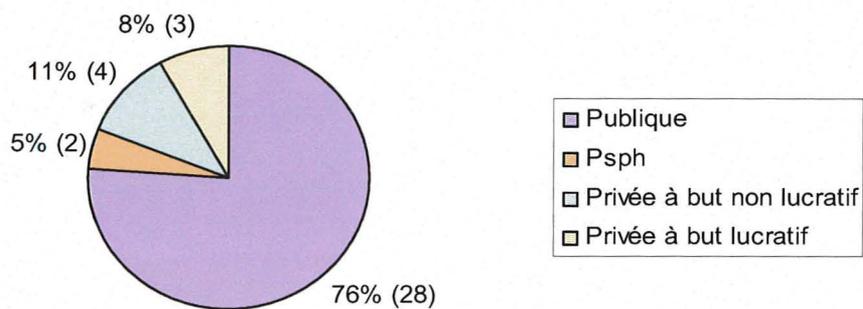
Premier quartile : 10 places

Médiane : 12 places

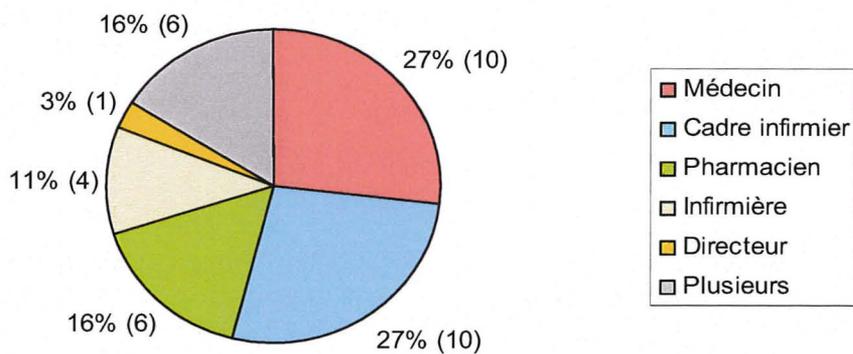
Troisième quartile : 20 places



- Type de structures :



- Fonction de la personne ayant complété le questionnaire :



La réponse « Plusieurs personnes » regroupe 6 réponses :

- Médecin, pharmacien : 1 réponse
- Cadre infirmier, pharmacien : 1 réponse
- Médecin, pharmacien, infirmière : 2 réponses
- Equipe HAD : 2 réponses

❖ Réponses aux questions :

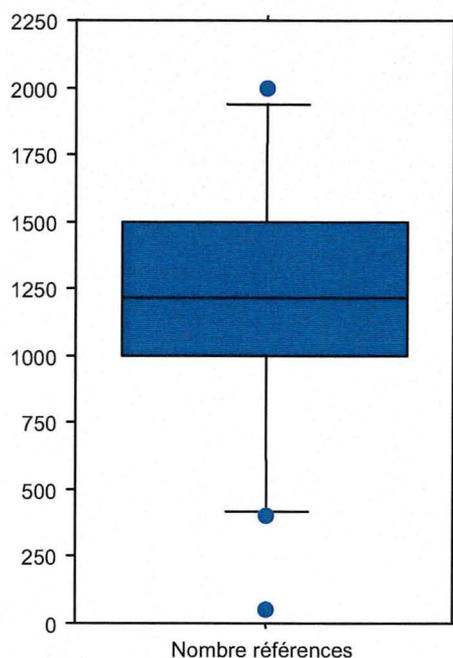
1. Combien de références sont inscrites au livret thérapeutique ?

La distribution des réponses n'étant pas normale, nous exprimerons les résultats à l'aide de la médiane et de la représentation graphique par la boîte à moustache.

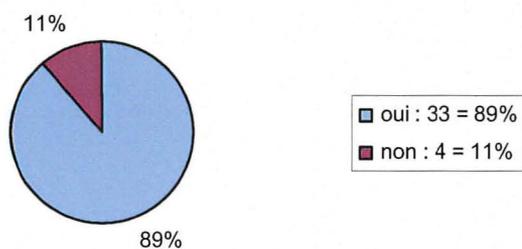
Premier quartile : 1013 références

Médiane : 1213 références

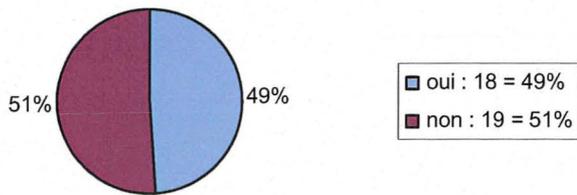
Troisième quartile : 1475 références



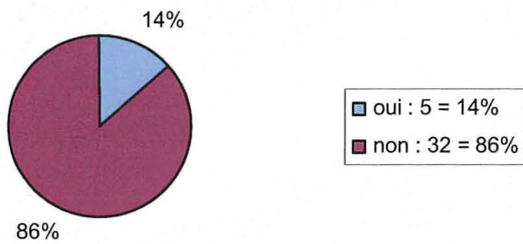
2. Le médecin traitant est-il informé du mode de dispensation des médicaments en HAD ?



3. A-t-il connaissance du livret thérapeutique ?



4. Prescrit-il uniquement des médicaments de ce livret ?



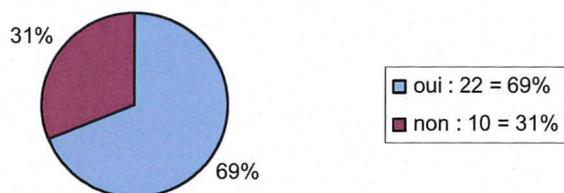
4.1. Si oui, cela est-il une limite à l'acceptation de l'HAD par le médecin traitant ?

Il y a 5 réponses :

- non : 5 réponses soit 100%

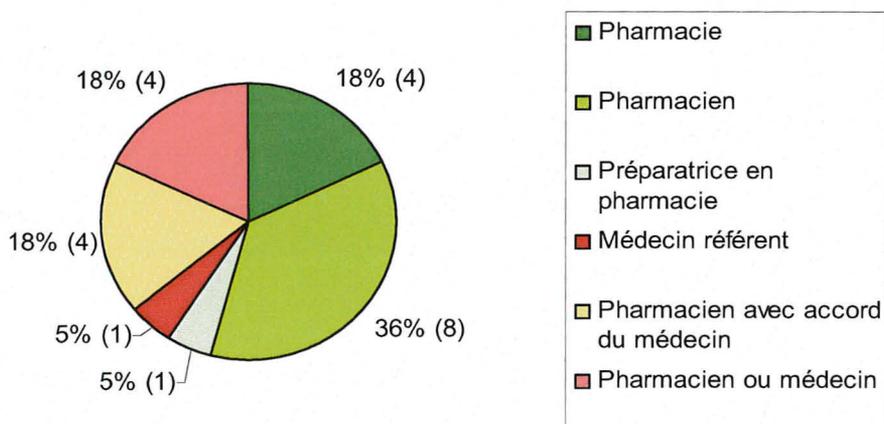
4.2. Si non, en général les médicaments prescrits et non au livret sont-ils remplacés par un équivalent ?

Il y a 32 réponses.



Si oui, par qui ?

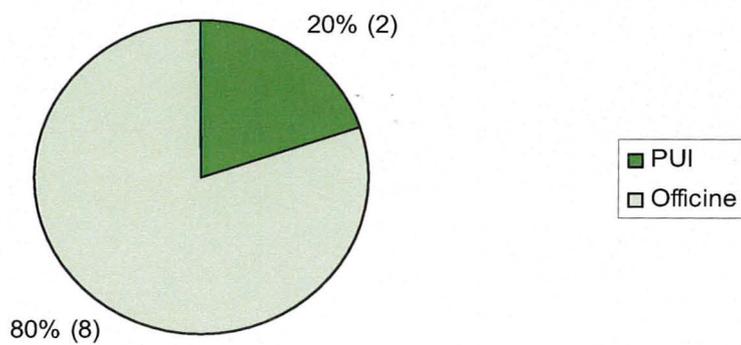
Il y a 22 réponses.



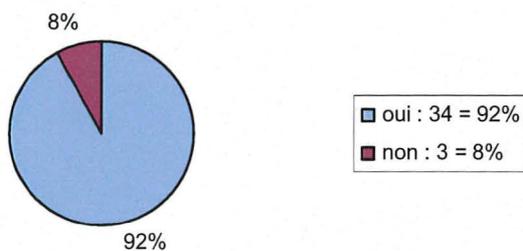
Si non, comment les obtient-on ?

Il y a 10 réponses :

- La PUI s'approvisionne spécialement pour le patient : 2 réponses soit 20%
- Ces médicaments sont fournis par une officine de ville : 8 réponses soit 80%



5. Les médicaments prescrits et inscrits au livret thérapeutique sont-ils tous dispensés par la PUI ?

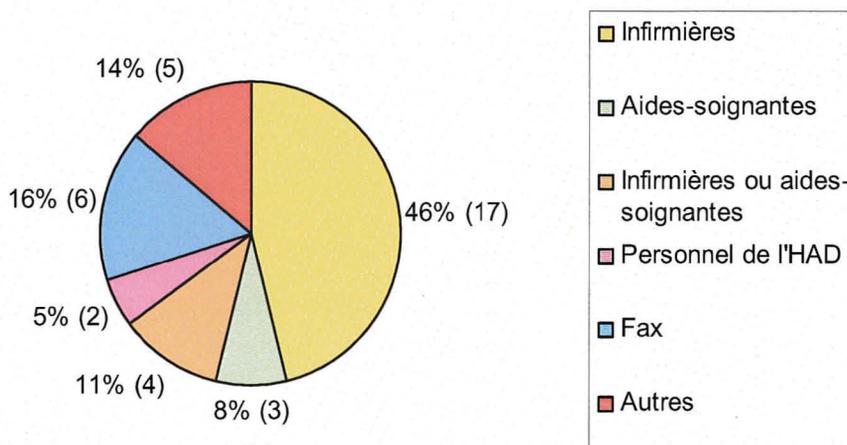


Si non, lesquels ne sont pas dispensés par la PUI ? Pourquoi ?

Il y a 3 réponses :

- **Les stupéfiants** et certains médicaments nécessaires en urgence car il n'est pas toujours possible à l'infirmière d'HAD de délivrer les médicaments dans le cadre de l'urgence.
- **Seuls les injectables sont délivrés par la PUI** (il s'agit de la PUI d'une clinique et non de la PUI de l'HAD, une commande par semaine, dispense seulement les produits injectables). Cela permet une plus grande réactivité dans la fourniture des médicaments injectables, et évite d'avoir un stock qui serait important pour les spécialités per os (trop de spécialités, facilite le stockage). Par ailleurs, l'HAD n'a pas de pharmacien.
- **Médicaments per os et stupéfiants** (injectables, pansements, nutrition sont pris à la PUI) pour ne pas obliger le personnel soignant à faire des aller-retours à la PUI, ne pas obliger le médecin traitant à prescrire selon le livret. Pour les injectables, l'éventail de prescription étant plus restreint, il est plus facile d'avoir une dotation de la PUI.

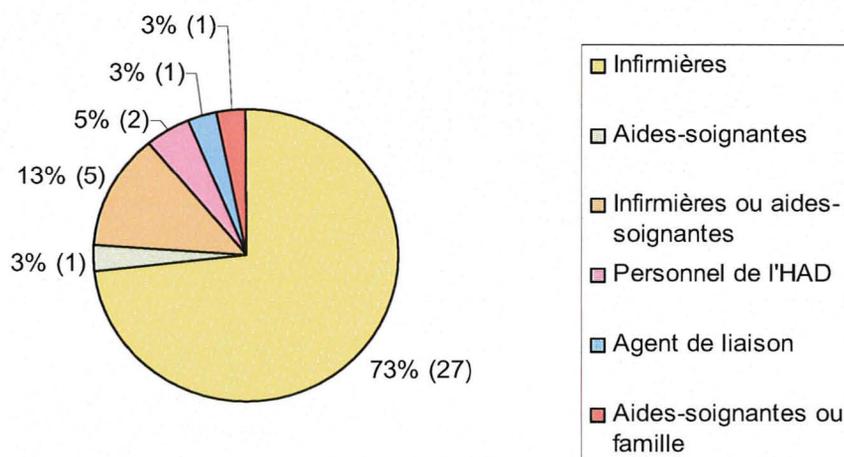
6. Qui apporte l'ordonnance à la PUI ?



La réponse « Autres » regroupe 5 réponses, qui ont chacune été proposées une seule fois :

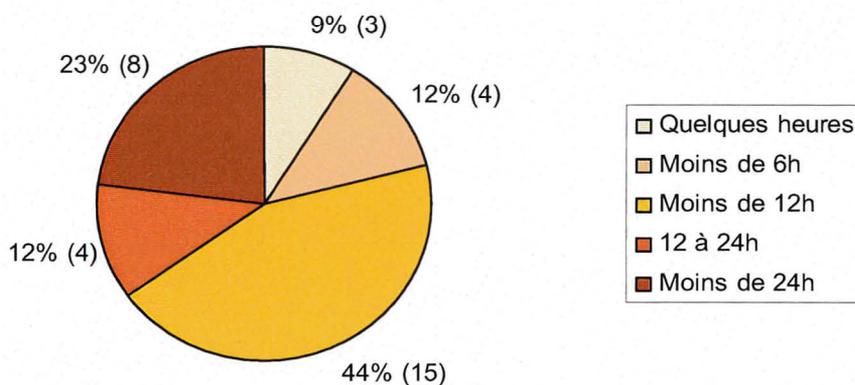
- Ordonnances détenues à l'HAD (commande une fois par semaine à la PUI pour les injectables seulement)
- Infirmières ou famille du patient
- Infirmières ou aides-soignantes ou famille du patient
- Infirmières ou aides-soignantes ou fax
- Infirmières ou brancardiers

Qui rapporte les médicaments chez le patient ?



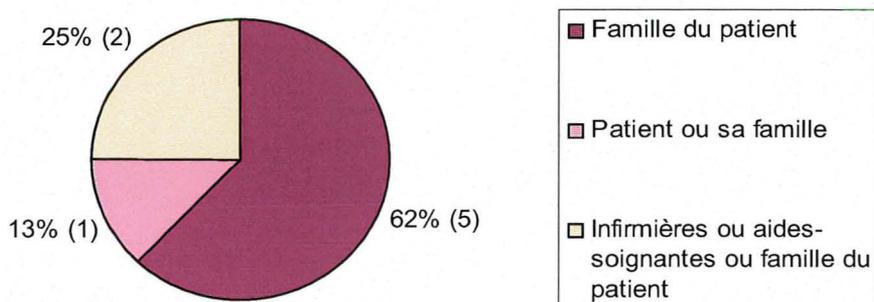
Quel est le délai moyen entre la prescription et le début du traitement (en dehors des urgences) ?

Il y a 34 réponses.



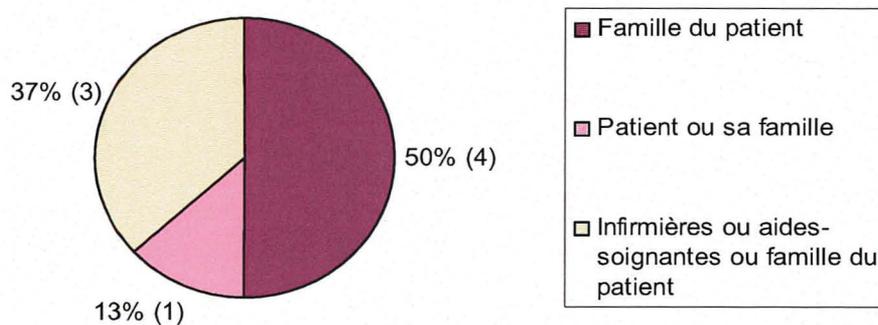
7. Qui apporte l'ordonnance à l'officine ou autre pour les médicaments qui ne sont pas délivrés par la PUI ?

Il y a 8 réponses.



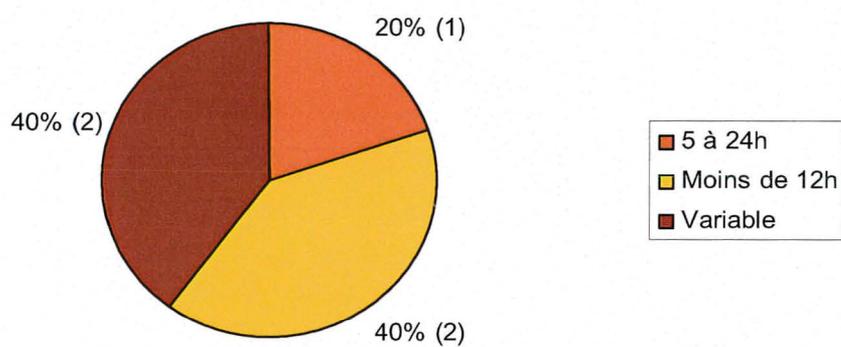
Qui rapporte les médicaments chez le patient ?

Il y a 8 réponses.

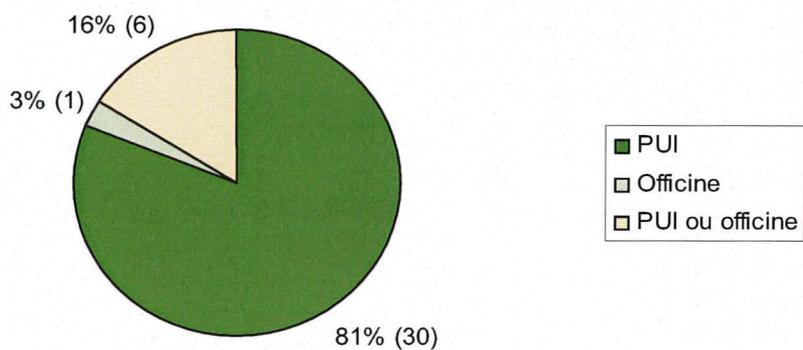


Quel est le délai moyen entre la prescription et le début du traitement ?

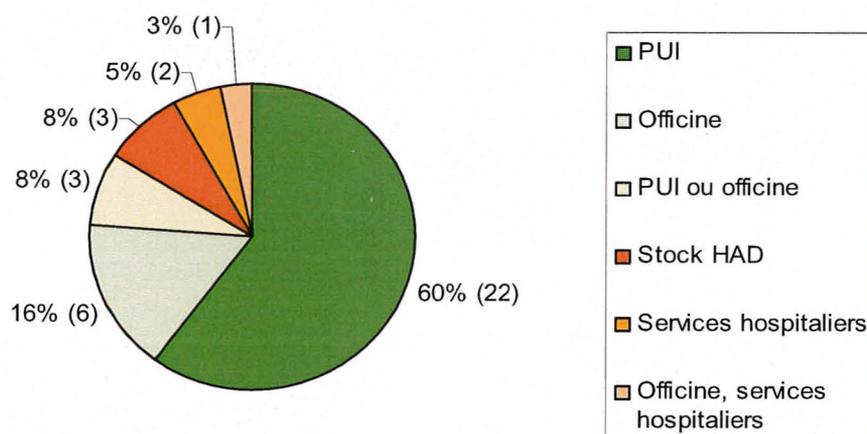
Il y a 5 réponses.



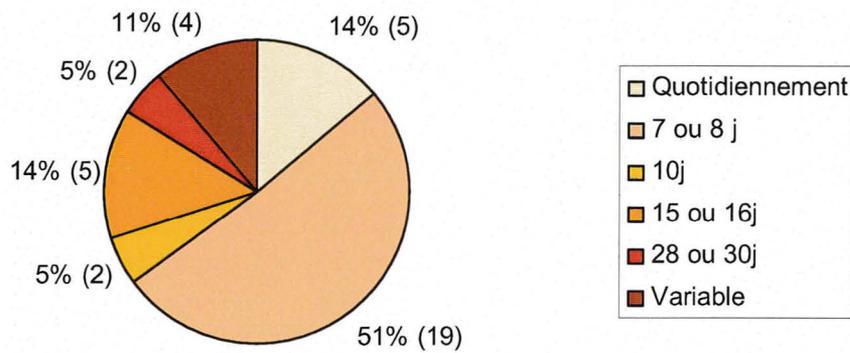
8. Qui fournit les médicaments urgents (pendant les heures d'ouverture de la PUI) ?



9. Qui fournit les médicaments les nuits, week-end et jours fériés ?

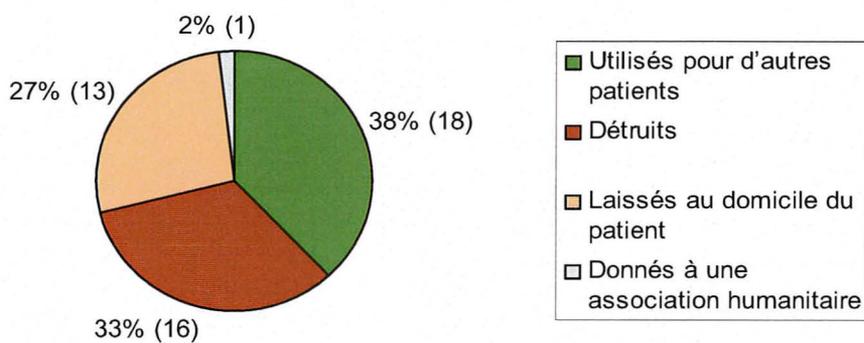


10. Pour combien de jours les médicaments sont-ils délivrés au domicile du patient ?



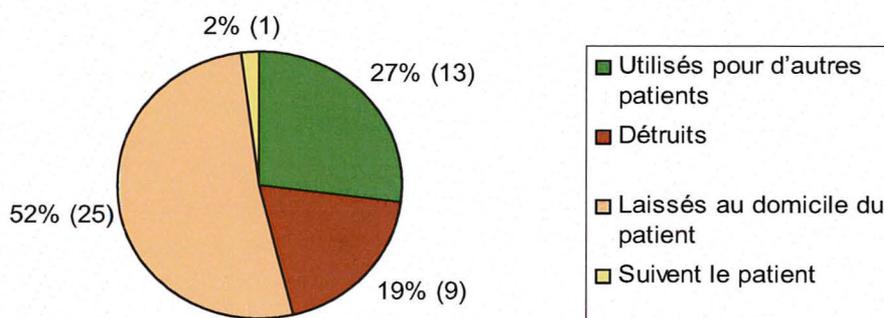
11. Que fait-on des médicaments quand le patient sort de l'HAD ?

Il y a 36 réponses, mais 12 structures d'HAD (soit 33%) ont coché plusieurs propositions, il y a donc un total de 48 propositions cochées.



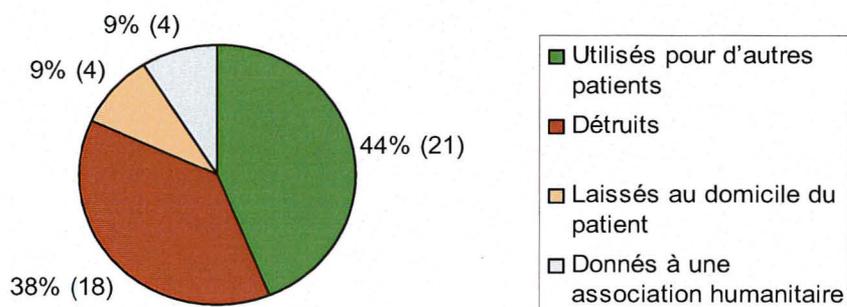
12. Que fait-on des médicaments quand le patient est réhospitalisé ?

Il y a 36 réponses, mais 10 structures d'HAD (soit 28%) ont coché plusieurs propositions, il y a donc un total de 48 propositions cochées.



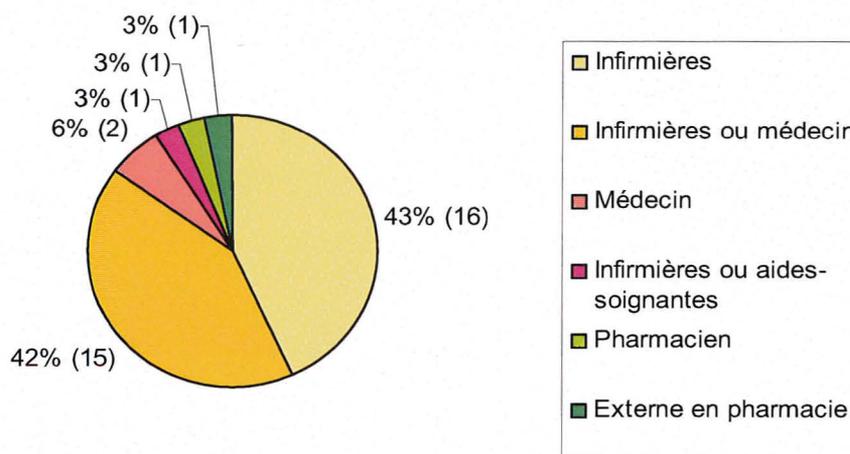
13. Que fait-on des médicaments quand le patient décède ?

Il y a 36 réponses, mais 12 structures d'HAD (soit 33%) ont coché plusieurs propositions, il y a donc un total de 48 propositions cochées.

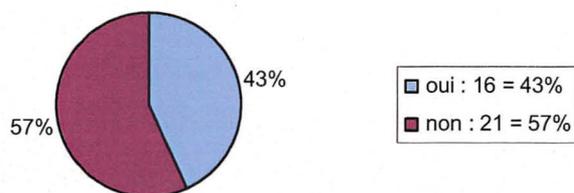


14. Qui fait l'éducation thérapeutique du patient ?

Il y a 36 réponses.



15. L'HAD réalise-t-elle des chimiothérapies intraveineuses à domicile ?



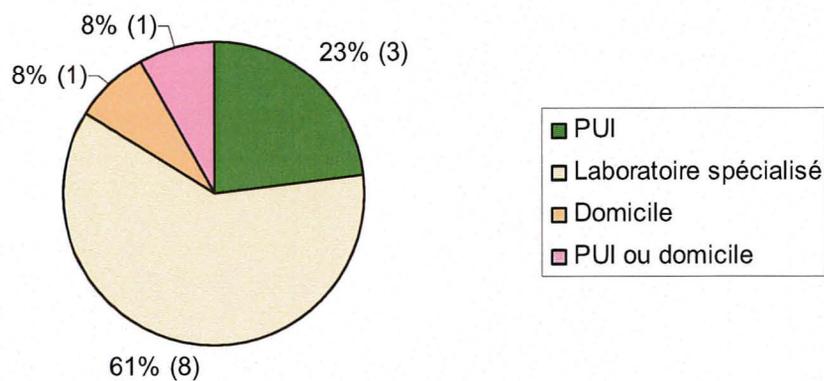
Si oui, quel % d'activité de la structure représente le protocole de prise en charge « chimiothérapie » (protocole principal ou associé) ?

Il y a 7 réponses :

- 1% : 1 réponse
- 2% : 1 réponse
- 5% : 2 réponses
- 7% : 1 réponse
- 25% : 1 réponse
- 40% : 1 réponse

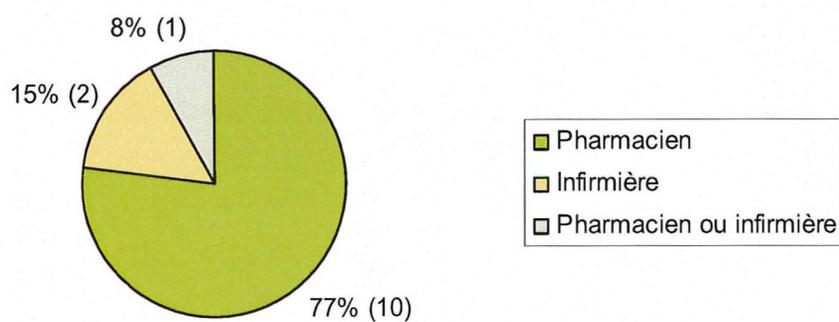
16. Où sont reconstituées les chimiothérapies ?

Il y a 13 réponses.



Qui reconstitue les chimiothérapies ?

Il y a 13 réponses.



17. Quel % représente le pôle de dépense pharmacie dans le budget de l'HAD ?

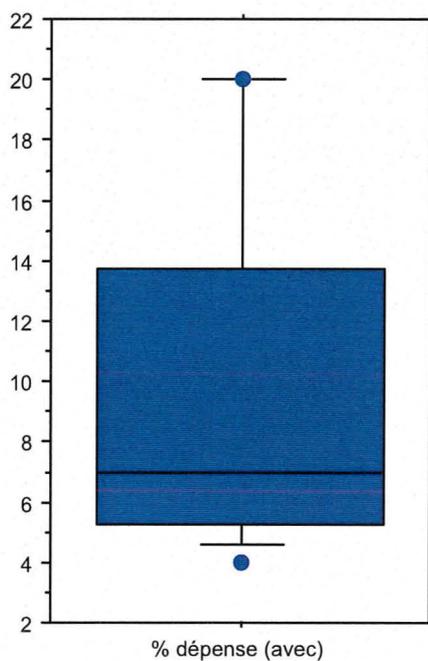
Il y a 11 réponses.

La distribution des réponses n'étant pas normale, nous exprimerons les résultats à l'aide de la médiane et de la représentation graphique par la boîte à moustache.

Premier quartile : 5%

Médiane : 7%

Troisième quartile : 14%



2.3. Structures d'hospitalisation à domicile ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur :

Il y a 31 réponses.

❖ Présentation des répondants :

- Nombre de places :

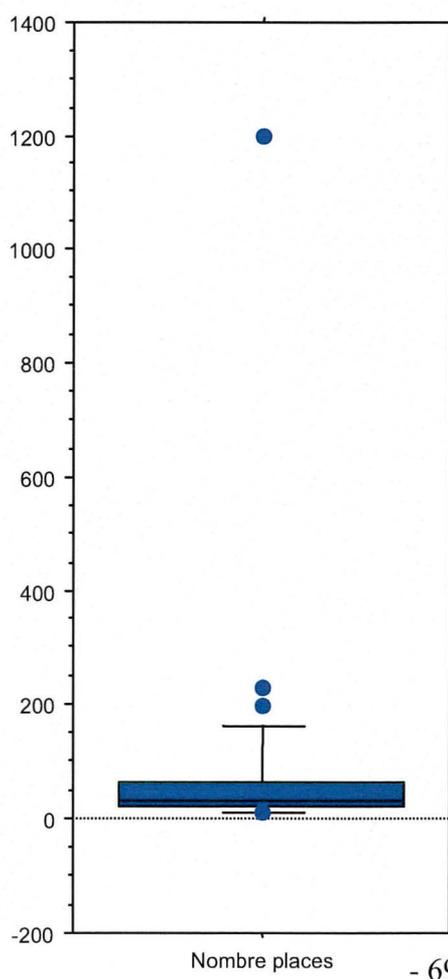
Le nombre total de places pour l'ensemble des structures d'HAD ayant répondu au questionnaire sans PUI est de : 2681.

La distribution des réponses n'étant pas normale, nous exprimerons les résultats à l'aide de la médiane et de la représentation graphique par la boîte à moustache.

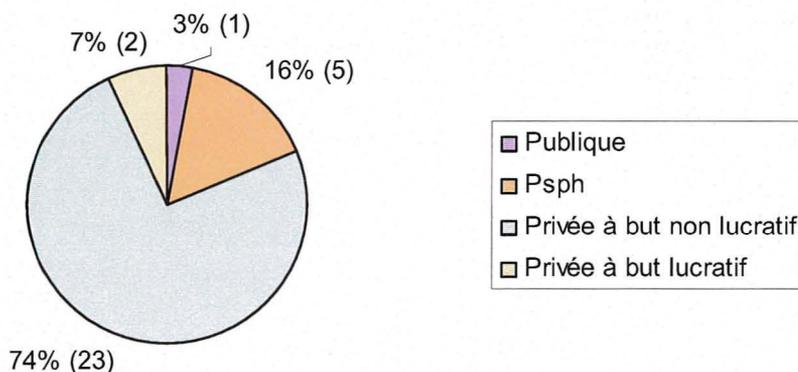
Premier quartile : 23 places

Médiane : 31 places

Troisième quartile : 61 places

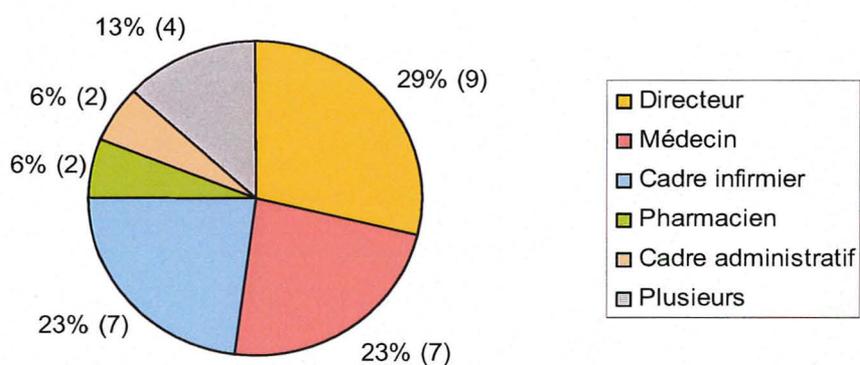


- Type de structures :



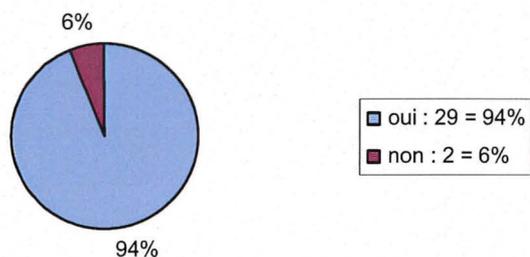
Il faut signaler que la structure publique dépend d'un hôpital qui dispose d'une PUI, mais elle fonctionne avec les officines de ville par volonté de collaboration avec le secteur libéral.

- Fonction de la personne ayant complété le questionnaire :



❖ Réponses aux questions :

1. Le médecin traitant est-il informé du mode de dispensation des médicaments en HAD ?

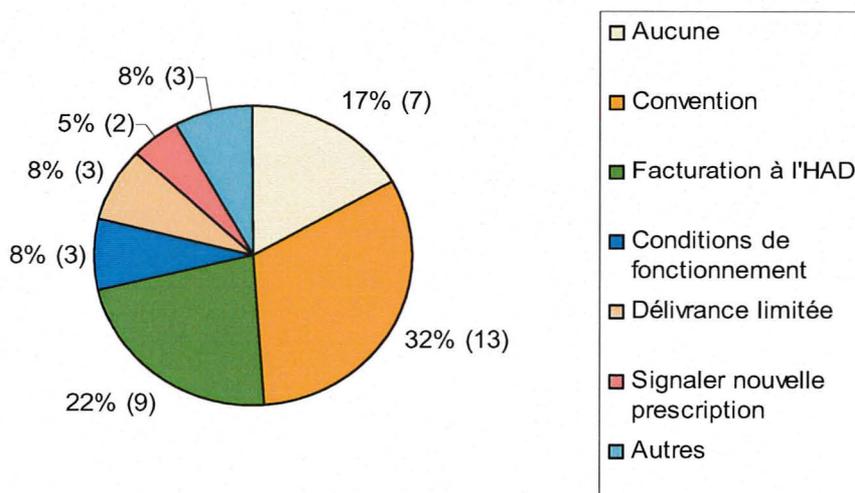


2. Qui choisit l'officine ?

- Patient : 31 réponses soit 100%

3. Quelles sont les conditions pour qu'une officine puisse travailler avec l'HAD ?

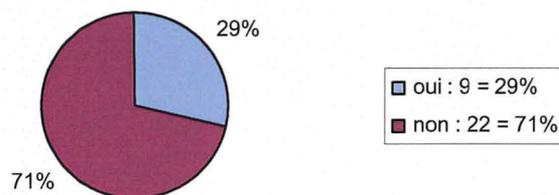
Il y a 31 réponses, mais 9 HAD (soit 29%) ont donné plusieurs conditions, il y a donc un total de 40 propositions.



La réponse « Autres » regroupe 3 réponses, qui ont chacune été proposées une seule fois :

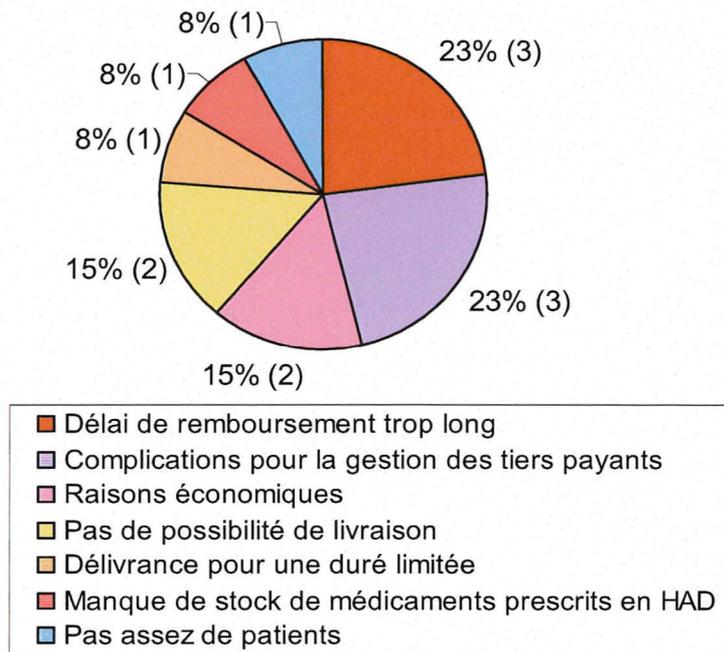
- Donner les génériques
- Accepter le règlement à 30 jours fin de mois
- Pratiquer les tarifs négociés sur les médicaments non remboursés par la sécurité sociale

4. Arrive-t-il qu'une officine refuse de travailler avec l'HAD ?



Si oui, pour quelles raisons ?

Il y a 9 réponses, mais 4 HAD (soit 44%) ont donné plusieurs raisons, il y a donc un total de 13 propositions.

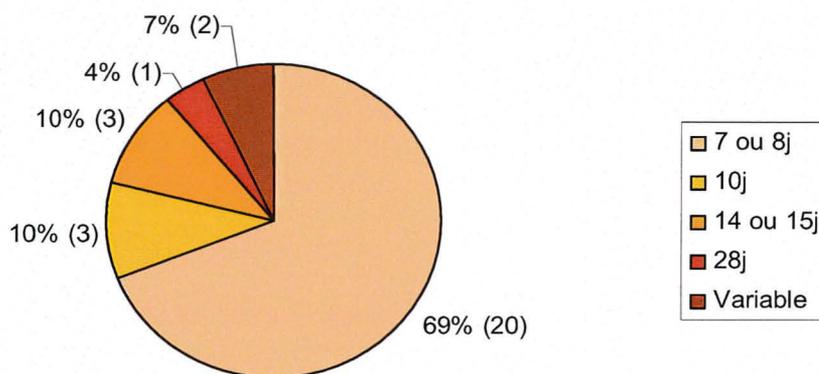


Pour 4 réponses sur 9, il est précisé que cela est très peu fréquent (« très rarement », « anecdotique », « 2/400 », « 1 en 18 mois de fonctionnement »).

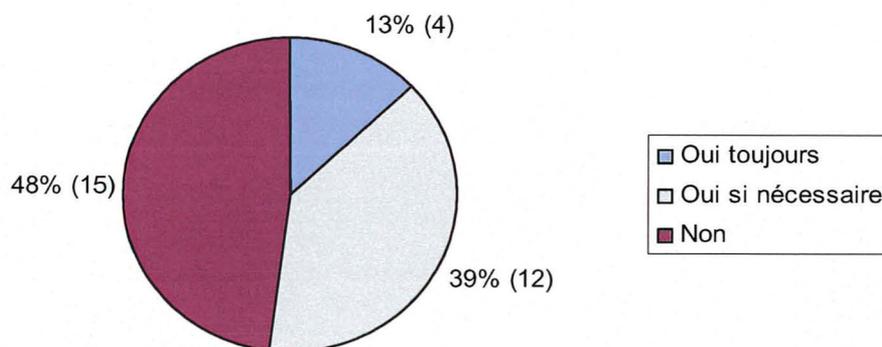
Une structure ayant répondu non précise que même s'il n'y a pas de refus, les relations sont souvent difficiles : d'une part, car le délai de paiement est plus long qu'avec la CPAM, d'autre part, car il y a partage du marché concernant le petit et le gros matériel médical.

5. Pour combien de temps les médicaments sont-ils délivrés (sans déconditionnement) ?

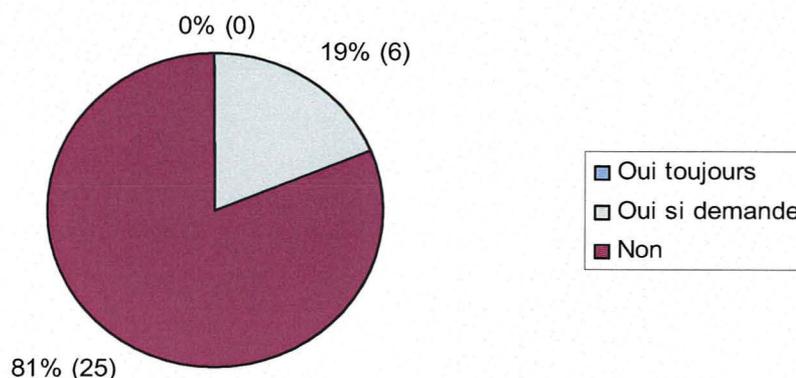
Il y a 29 réponses.



6. Le pharmacien (ou son personnel) doit-il porter les médicaments au domicile du patient ?

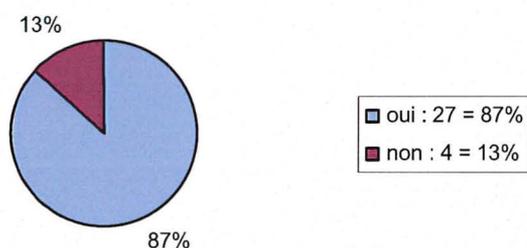


7. Le pharmacien va-t-il au domicile des patients pour l'éducation thérapeutique ?



Une structure d'HAD précise que le pharmacien va également au domicile du patient pour l'éducation thérapeutique si l'HAD en fait la demande

8. Les médicaments disponibles en ville sont-ils tous dispensés par une officine ?



Si non, lesquels ne sont pas dispensés par une officine ? Pourquoi ?

Il y a 4 réponses :

- Tous les médicaments sont dispensés par l'officine mais pas les perfusions, ni les pansements

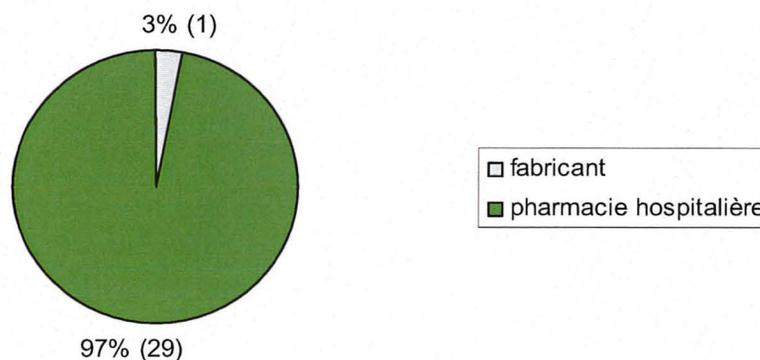
- Tous les médicaments sont dispensés par l'officine mais pas les consommables (dispositifs médicaux, Bétadine[®],...)
- Une trousse d'urgence est délivrée au patient à sa sortie d'hospitalisation contenant le nécessaire pour faire face à des urgences de soins palliatifs (traitement de la douleur, de l'agitation, des vomissements, ...)
- Les perfusions, électrolytes, produits d'alimentation et matériel pour la réfection des pansements ne sont pas délivrés par l'officine.

La partie « Pourquoi ? » de la question n'a pas été explicitée.

9. Où sont achetés les médicaments réservés à l'usage hospitalier ?

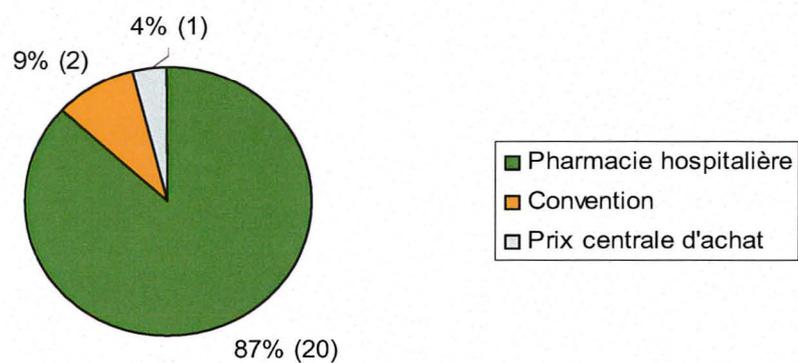
Il y a 31 réponses, dont 1 réponse : « nous n'avons pas rencontré ce problème », soit 30 réponses exploitées :

- Fabricant : délai moyen d'obtention : 3 ou 4 jours
- Pharmacie hospitalière : délai moyen d'obtention : moins de 24 heures pour toutes les réponses



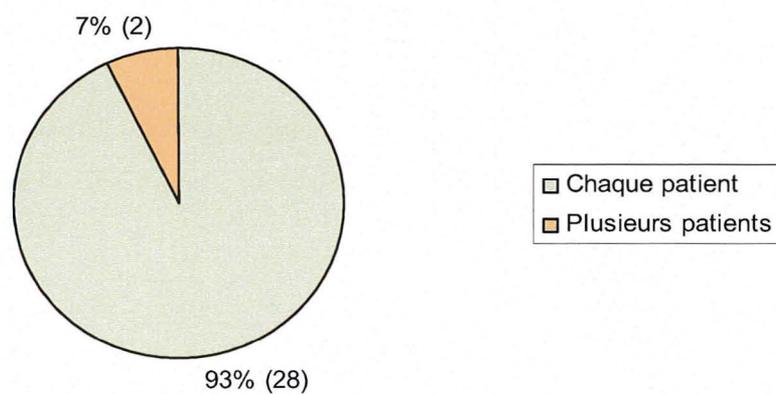
10. Comment sont fixés les prix des médicaments réservés à l'usage hospitalier ?

Il y a 23 réponses.



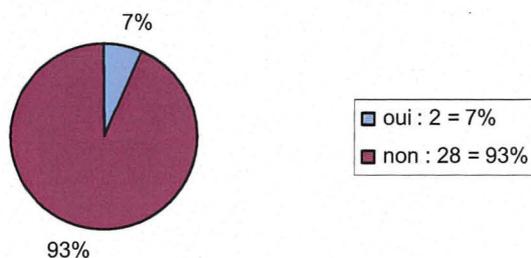
11. Comment ces médicaments sont-ils achetés ?

Il y a 30 réponses.



12. Ces médicaments sont-ils stockés à l'HAD ?

Il y a 30 réponses.



Si oui, pour quelles raisons ?

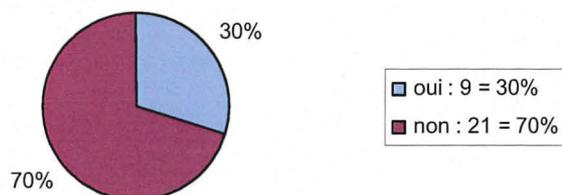
Il y a 2 réponses :

- Diminuer le délai de livraison au patient : 2 réponses soit 100%

13. Avez-vous envisagé de créer une PUI ?

Il y a 30 réponses.

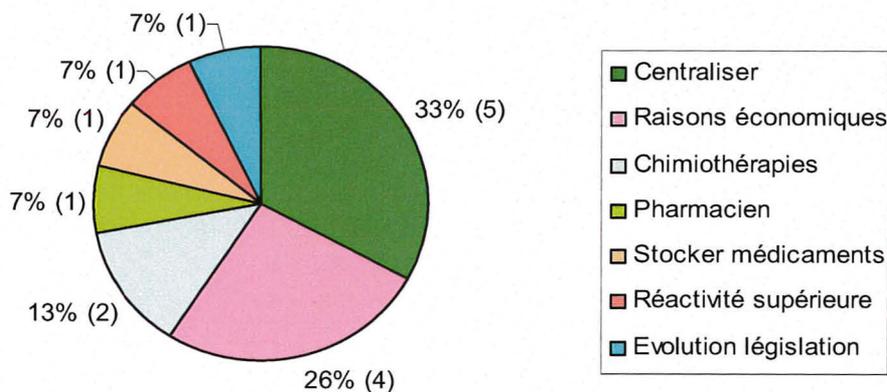
Une structure dispose déjà d'une PUI (PUI de l'établissement hospitalier auquel elle appartient) mais ne souhaite pas l'utiliser pour permettre la collaboration avec les officines.



Pourquoi ?

HAD ayant envisagé de créer une PUI :

Il y a 9 réponses, mais 6 HAD (soit 67%) ont donné plusieurs raisons, il y a donc un total de 15 propositions.

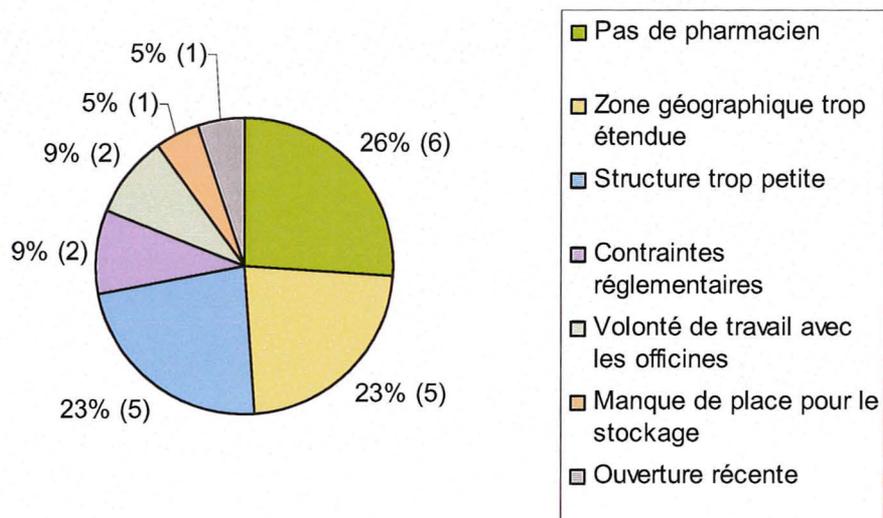


Mais 4 HAD ont également précisé que, bien qu'elles aient envisagé de créer une PUI, cette création ne se réaliserait pas pour plusieurs raisons :

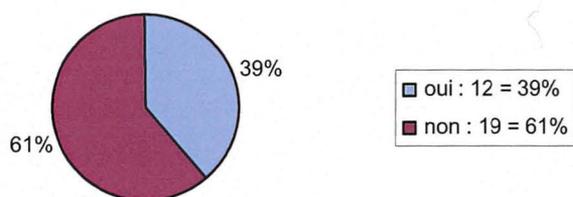
- La collaboration avec les libéraux est un des points forts de l'HAD
- Une PUI est difficile à mettre en place, problème de coût très important, nécessité d'une livraison quotidienne au domicile, nombreux médecins et très gde diversité des pathologies donc on ne peut pas faire prescrire selon le livret
- La dispensation quotidienne au domicile pose problème
- Volonté de lien avec ville et pas de budget pour un poste de pharmacien

HAD n'ayant pas envisagé de créer une PUI :

Il y a 16 réponses, mais 5 HAD (soit 31%) ont donné plusieurs raisons, il y a donc un total de 22 propositions.



14. L'HAD réalise-t-elle des chimiothérapies intraveineuses à domicile ?



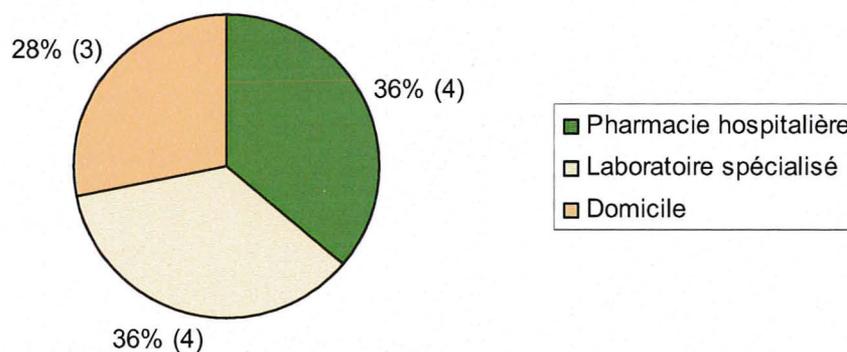
Si oui, quel % d'activité de la structure représente le protocole de prise en charge « chimiothérapie » (protocole principal ou associé) ?

Il y a 5 réponses :

- 5% : 2 réponses
- 10% : 1 réponse
- 17% : 1 réponse
- 40% : 1 réponse

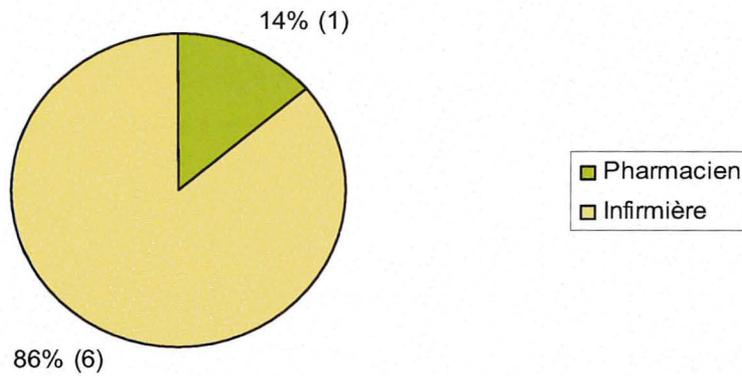
15. Où sont reconstituées les chimiothérapies ?

Il y a 11 réponses.



Qui reconstitue les chimiothérapies ?

Il y a 7 réponses.



16. Quel % représente le pôle de dépense pharmacie dans le budget de l'HAD ?

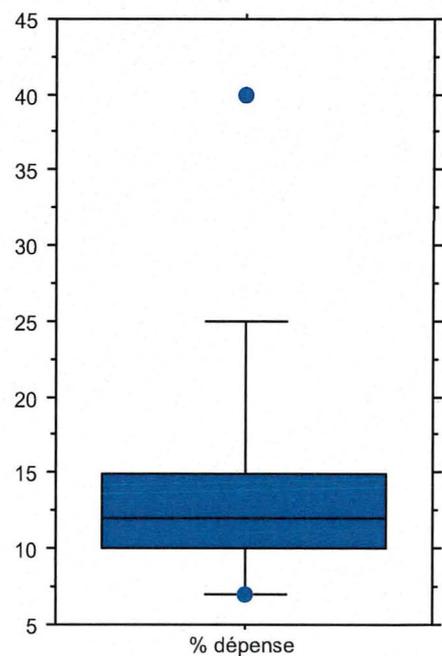
Il y a 15 réponses.

La distribution des réponses n'étant pas normale, nous exprimerons les résultats à l'aide de la médiane et de la représentation graphique par la boîte à moustache.

Premier quartile : 10%

Médiane : 12%

Troisième quartile : 15%



6 structures ont expliqué que, suite à la mise en place récente de la T2A en HAD, elles ne connaissent pas encore ce pourcentage.

2 autres structures ont expliqué que la structure était trop récente pour connaître ce pourcentage.

3. Discussion :

3.1. Biais :

Avant de discuter nos résultats, nous devons analyser les biais éventuels, qui pourraient compromettre la validité de ces résultats.

Les questionnaires n'ont pas été validés, c'est-à-dire qu'aucune structure n'a testé la compréhension des questionnaires avant le début de l'enquête. Certaines questions ont donc pu être mal comprises.

De plus, le questionnaire HAD avec PUI était certainement plus précis et plus directif que le questionnaire HAD sans PUI, puisque nous avons eu une expérience de trois mois à l'HAD de Grenoble, structure avec PUI.

Les questionnaires ont été adressés aux structures par courriel ou par courrier. Dans le cas de l'envoi par courriel, nous n'avons souvent qu'une seule adresse et nous ne savions pas qui recevrait le courriel. Il se peut donc que certains courriels ne soient pas parvenus au bon destinataire : par exemple, courriel reçu par la direction de l'hôpital et non pas par le service d'HAD.

La précision des réponses était très variable selon les structures. Plusieurs facteurs ont pu influencer la précision des réponses :

- la fonction de la personne ayant complété le questionnaire : directeur, médecin, pharmacien, ... ainsi que sa connaissance du fonctionnement pharmaceutique de la structure,

- le mode de réponse : les structures ayant complété le questionnaire par téléphone ont pu être d'avantage orientées dans leur réponse,
- l'existence de questions ouvertes, notamment dans le questionnaire HAD sans PUI.

Enfin, certaines structures n'ont pu être pas répondu du fait même du sujet de l'enquête. Elles ne souhaitent pas exposer les difficultés qu'elles ont rencontrées et les dysfonctionnements par rapport au cadre réglementaire.

En tenant compte de ces biais, qui limitent la portée de nos résultats, l'enquête nous permet cependant d'avoir une première approche des difficultés rencontrées en HAD dans la mise à disposition des médicaments par rapport au cadre réglementaire. Nous pouvons également appréhender les solutions trouvées par certaines structures pour remédier à ces difficultés.

3.2. Présentation des répondants :

3.2.1. Nombre de places et types de structures :

Les structures d'HAD ayant répondu au questionnaire peuvent être caractérisées par l'existence ou non d'une PUI, le nombre de places et le type de structure.

En HAD avec PUI, la médiane du nombre de places est de 12, avec des extrêmes de 2 et 80. En HAD sans PUI, cette médiane est supérieure puisqu'elle est de 31, avec des extrêmes de 10 et 1200. **La capacité d'accueil est plus élevée en HAD sans PUI : 2681 places contre seulement 612 en HAD avec PUI.**

Ce résultat pourrait faire penser que seules les structures les plus petites disposent d'une PUI, ce qui ne semble pas logique. Mais, en fait, **l'existence ou non d'une PUI dans la structure n'est pas lié au nombre de places, et est plutôt à corrélérer avec le type de structure.**

En effet, plus des trois quarts des structures d'HAD avec PUI sont des structures publiques, c'est-à-dire qu'elles appartiennent à un établissement hospitalier. L'HAD est alors un service hospitalier au même titre que les autres et c'est la capacité d'accueil de l'ensemble de l'établissement hospitalier qui justifie l'existence d'une PUI.

Au contraire, plus de trois quarts des HAD sans PUI sont des structures privées, il s'agit d'associations à but lucratif ou non qui gèrent une structure d'HAD. C'est alors la seule activité de ces associations, ce qui pourrait expliquer que le nombre de places soit plus élevé.

Toutes les HAD publiques disposent d'une PUI.

En effet, une seule structure publique a complété le questionnaire HAD sans PUI. Cependant, cette structure précise qu'elle dispose d'une PUI au sein de l'établissement hospitalier mais ne l'utilise pas dans le cadre du service d'HAD afin de favoriser le partenariat ville-hôpital. Elle s'approvisionne donc auprès des officines de ville. Pourtant, ce mode de fonctionnement n'est pas conforme à la réglementation. En effet, si la structure d'HAD dépend d'un établissement de santé et en cas d'absence de pharmacie intérieure propre à cette structure, c'est la PUI de l'établissement qui doit assurer la dispensation des médicaments ainsi que des dispositifs médicaux stériles au domicile des patients pris en charge par cette structure (16).

Même si le partenariat avec les officines de ville est souhaité au niveau des structures, il n'est pas prévu par la réglementation dans le cadre d'une HAD disposant d'une PUI ou dépendant d'un établissement de santé disposant d'une PUI.

Moins d'un quart des structures PSPH ou privées ont une PUI.

3.2.2. Fonction de la personne ayant complété le questionnaire :

Le questionnaire HAD avec PUI a été complété par un médecin dans 27% des cas ou un cadre infirmier avec le même pourcentage, soit plus de la moitié des questionnaires. Pour le questionnaire HAD sans PUI, nous retrouvons également le médecin ou le cadre infirmier avec environ la même proportion que pour le questionnaire HAD avec PUI (23% chacun). D'autre part, presque un tiers (29%) des questionnaires HAD sans PUI a été complété par le directeur de la structure, alors qu'un seul questionnaire HAD avec PUI a été complété par le directeur. Cette différence s'explique probablement, comme pour le nombre de places, par

le fait que 75% des structures avec PUI sont des structures dépendant d'un établissement hospitalier. Le directeur de l'HAD est aussi directeur de multiples services et doit partager son temps entre ces différents services alors que le médecin coordonnateur et le cadre infirmier ont leur poste basé dans la structure d'HAD.

Pour le questionnaire HAD avec PUI, le pharmacien arrive en troisième place avec 16% des réponses. Il peut s'agir d'un pharmacien travaillant pour le service d'HAD ou d'un pharmacien travaillant à la PUI. Le questionnaire ayant été envoyé par courriel ou par courrier au service d'HAD, cela implique qu'il ait été transmis à la pharmacie. **Pour les structures sans PUI, le pourcentage de pharmaciens ayant complété le questionnaire est faible (6% seulement).** Ces structures travaillant en collaboration avec les officines de ville, elles n'emploient habituellement pas de pharmacien.

Des questionnaires ont été remplis par plusieurs personnes (16% pour les HAD avec PUI et 13% pour les HAD sans PUI). Il semble donc que la réponse ait pu nécessiter l'intervention de plusieurs personnes. Pour les HAD avec PUI, le pharmacien apparaît souvent parmi ces personnes (4 réponses sur 6). En effet, certaines questions étaient très spécifiques : nombre de références au livret thérapeutique, budget pharmacie en pourcentage du budget de l'HAD. Par contre, pour les HAD sans PUI, le pharmacien ne fait jamais parti des personnes citées lorsque que le questionnaire a été rempli en collaboration par plusieurs personnes.

3.3. Structures d'hospitalisation à domicile disposant d'une pharmacie à usage intérieur :

Dans cette partie, nous allons traiter les réponses aux questions propres au questionnaire HAD avec PUI.

3.3.1. Connaissance du livret thérapeutique :

Quand la structure d'HAD dispose d'une PUI ou de la PUI de l'établissement de santé dont elle dépend, les médicaments sont dispensés par la PUI. Certaines différences peuvent être constatées par rapport au fonctionnement des officines de ville :

- la PUI ne dispose pas de toutes les spécialités existant sur le marché,
- le plus souvent, ce n'est ni le patient, ni sa famille qui se déplace à la pharmacie, mais le personnel de l'HAD.

En effet, chaque établissement de santé constitue en son sein une commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS). Cette commission participe, par ses avis, à l'élaboration de la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est recommandée dans l'établissement (16). La PUI n'a en stock que les spécialités inscrites au livret thérapeutique de l'hôpital. Le livret thérapeutique est la compilation de l'ensemble des médicaments disponibles à la pharmacie de l'établissement, identifiés par leur dénomination commune, leur nom commercial et leurs équivalents thérapeutiques. Sa version informatisée est préconisée pour faciliter la prescription (43). Ainsi, si le médicament prescrit n'est pas au livret, cela pose un problème auquel les structures ont trouvé différentes solutions, plus ou moins conformes à la réglementation.

Pour que le médecin puisse savoir les médicaments que la PUI détient régulièrement en stock, il faut qu'il ait accès au livret thérapeutique. Or, seulement 49% des HAD avec PUI déclare que le médecin traitant a connaissance du livret thérapeutique.

Mettre ce livret à la disposition du médecin de ville suppose de :

- disposer d'un format papier de ce livret, en effet, au sein de l'hôpital, une version informatique du livret est préconisée mais en HAD, le médecin traitant se rend au domicile des malades, il n'aura donc pas forcément de moyens informatiques à sa disposition au moment de la prescription,
- laisser un exemplaire au domicile de chaque patient,
- penser à tenir cet exemplaire papier à jour en y apportant les modifications nécessaires.

3.3.2. Prescription des médicaments :

Par ailleurs, nous constatons que même si 49% des HAD avec PUI mettent leur livret thérapeutique à disposition du médecin traitant, seulement 14% des structures d'HAD déclarent que le médecin traitant prescrit uniquement des médicaments de ce livret. Dans ce cas, la limitation de la liberté de prescription ne représente jamais une limite à l'acceptation de l'HAD par le médecin. Rappelons qu'une HAD ne peut avoir lieu qu'avec le consentement du médecin traitant (4).

Ainsi, même si le médecin traitant peut avoir accès au livret thérapeutique, le plus souvent, il ne s'y conforme pas. C'est peut être une des raisons pour lesquelles environ la moitié des structures d'HAD ne fournissent pas leur livret thérapeutique.

Plusieurs explications sont possibles concernant la non prescription selon le livret :

- Chaque structure d'HAD travaille avec de nombreux médecins : le médecin étant librement choisi par le malade (4), cela peut conduire à ce qu'il y ait presque autant de médecins traitants que de patients pris en charge. Si tous les médecins ne prescrivent pas uniquement selon le livret, la structure aura certainement répondu non à cette question.
- Les médecins de ville ont l'habitude d'avoir toute liberté de prescription : dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance (15), alors qu'à l'hôpital, la liberté du prescripteur est limitée par les possibilités offertes par la liste des médicaments disponibles à la PUI (39).
- Les médecins manquent très souvent de temps et ils ne souhaitent peut être pas passer du temps à consulter le livret.
- A l'hôpital, c'est la version informatisée qui est préconisée, il est donc possible que la version papier ne soit pas beaucoup travaillée, voire inexistante. Si le livret ne correspond qu'à la liste des médicaments détenus à la PUI, classés par exemple uniquement par ordre alphabétique, il sera difficile pour le médecin de trouver un équivalent au médicament qu'il avait l'intention de prescrire. Il semble donc important pour que le médecin prescrive en fonction du livret thérapeutique, de lui fournir non seulement ce livret, mais aussi qu'il se présente sous forme d'un outil clair et facile à utiliser.
- En dernier lieu, les PUI se sont adaptées à ce problème par différentes solutions selon les structures. Le médecin sait que quelque soit sa prescription, le nécessaire sera fait pour que le malade ait son traitement.

Ainsi, quand le médecin établit une ordonnance, les médicaments prescrits peuvent être ou non inscrits au livret thérapeutique. Nous allons étudier ces deux cas successivement.

3.3.3. Dispensation des médicaments inscrits au livret thérapeutique :

Les médicaments prescrits et inscrits au livret thérapeutique sont-ils tous dispensés par la PUI ? La réponse à cette question devrait être oui pour toutes les structures étant donné le décret du 26 décembre 2000. Cependant, 3 structures d'HAD (8%) ont répondu non.

Une structure a répondu que les stupéfiants ne sont pas délivrés par la PUI sans expliquer pourquoi.

Une structure (privée à but non lucratif) a répondu que seuls les injectables étaient délivrés par la PUI, c'est-à-dire que tous les médicaments ne s'administrant pas par la voie parentérale (inscrits au livret ou non) ne sont pas délivrés par la PUI. Une autre structure (publique) a répondu que les injectables, pansements et nutrition étaient délivrés par la PUI alors que les médicaments per os et les stupéfiants ne l'étaient pas. Nous avons supposé que la personne ayant répondu entendait en fait par médicaments per os, l'ensemble des médicaments ne s'administrant pas par la voie parentérale. Ces deux réponses sont donc finalement assez proche. Pourtant, les situations de ces deux structures sont très différentes.

En effet, la première structure explique qu'en fait, elle ne dispose pas de PUI mais passe commande une fois par semaine auprès de la PUI d'une clinique voisine. Elle ajoute que cette PUI ne délivre que les médicaments injectables car cela permet une plus grande

réactivité dans la fourniture des médicaments injectables, et évite d'avoir un stock qui serait important pour les spécialités per os. De plus, cette structure n'emploie pas de pharmacien. Cette structure aurait donc dû compléter le questionnaire HAD sans PUI puisque le questionnaire HAD avec PUI s'adressait aux structures d'HAD disposant de leur propre PUI ou de la PUI de l'établissement de santé dont elles dépendent. Cela car le décret du 26 décembre 2000 envisage seulement ces deux cas de figure, les structures d'HAD ne disposant ni de leur propre PUI, ni de la PUI de l'établissement dont elles dépendent sont donc considérées comme établissements ne disposant pas de PUI (16).

Or, dans les conditions de fonctionnement des établissements ne disposant pas de PUI, le cas d'une collaboration avec un établissement disposant d'une PUI n'est pas envisagé. L'activité des pharmacies à usage intérieur est limitée à l'usage particulier des malades dans les établissements de santé où elles ont été constituées ou qui appartiennent au groupement de coopération sanitaire ou au syndicat interhospitalier (41). En dehors de ces situations, **une structure sans PUI ne peut pas travailler avec la PUI d'un autre établissement de santé.** Par ailleurs, si cela était le cas, nous pensons qu'il faudrait que tous les médicaments soient délivrés par la PUI conformément aux dispositions relatives aux structures avec PUI et pas seulement les injectables.

Cette structure devrait finalement travailler uniquement avec les officines de ville ou avec une entreprise pharmaceutique pour les médicaments réservés à l'usage hospitalier.

Le problème qui semble avoir été rencontré dans ce mode de fonctionnement est un manque de réactivité pour la délivrance des injectables puisque c'est la raison évoquée en faveur de la délivrance par la PUI. En effet, les stocks de médicaments injectables sont probablement plus limités en officine de ville qu'en milieu hospitalier. Cependant, une officine est approvisionnée en général deux fois par jour par son grossiste répartiteur. Celui-ci doit disposer d'un assortiment de médicaments comportant au moins les neuf dixièmes des

présentations effectivement exploitées en France et être en mesure de livrer dans les 24 heures suivant la réception de la commande tout médicament faisant partie de son assortiment et de livrer tout médicament exploité en France (41). Même si l'officine ne détient pas le médicament prescrit en stock, elle peut l'obtenir rapidement auprès de son grossiste-répartiteur.

Pour la deuxième structure, la situation est opposée. En effet, il s'agit d'une structure disposant d'une PUI et qui devrait donc délivrer l'intégralité des médicaments prescrits par l'intermédiaire de la PUI. Or, comme pour la réponse précédente, seuls les injectables, pansements et nutrition sont délivrés par la PUI.

Les raisons évoquées sont :

- ne pas obliger le médecin traitant à prescrire selon le livret
- ne pas obliger le personnel soignant à faire des allers-retours à la PUI
- pour les injectables, l'éventail de prescription étant plus restreint, il est plus facile d'avoir une dotation de la PUI.

Nous allons envisager par la suite les problèmes posés par la prescription selon le livret et les solutions que les structures d' HAD y apportent. Nous verrons également qu'en HAD avec PUI, c'est dans la majorité des cas, le personnel de l'HAD qui va à la pharmacie. Cela demande effectivement du temps et une organisation adaptée.

La dernière raison revient à ce qui était dit par la première structure : moins de spécialités différentes, donc un stockage plus facile.

Apparemment, pour cette structure, le fait que les médicaments ne soient pas tous délivrés par la PUI est lié à des contraintes organisationnelles.

Cependant, 92% des structures d'HAD ont réussi à surmonter ces difficultés et répondent que les médicaments prescrits et inscrits au livret thérapeutique sont délivrés par la PUI.

3.3.4. Dispensation des médicaments non inscrits au livret thérapeutique :

La situation apparaît plus problématique lorsque les médicaments prescrits par le médecin traitant ne sont pas inscrits au livret thérapeutique. La structure doit alors s'organiser pour que le patient reçoive quand même son traitement.

Les solutions proposées sont au nombre de trois et concernent uniquement les HAD ayant répondu que le médecin traitant ne prescrit pas uniquement des médicaments inscrits au livret thérapeutique soit 32 HAD avec PUI :

- les médicaments prescrits et non au livret sont remplacés par un équivalent pour 69% des HAD
 - ces médicaments sont fournis par une officine de ville pour 25% (80% des HAD qui ne remplacent pas par un équivalent)
 - la PUI s'approvisionne spécialement pour le patient pour 6% (20% des HAD qui ne remplacent pas par un équivalent)
-
- Remplacement du médicament par un équivalent inscrit au livret :

Quand les médicaments prescrits et non au livret sont remplacés par un équivalent, nous avons voulu savoir qui faisait ce remplacement.

Il s'agit d'un médecin pour une seule structure (5%) et d'un médecin ou d'un pharmacien pour 4 structures (18%). Le pharmacien est cité par 54% des structures (dont 18% précisent avec accord du médecin). Le pharmacien est donc la personne qui effectue le plus souvent ce remplacement.

Une structure (5%) a répondu préparatrice en pharmacie.

Il semble également intéressant de remarquer que 4 HAD (18%) ont répondu que c'était la pharmacie qui effectuait le remplacement. Dans ce cas, nous ne savons pas qui est réellement la personne concernée : pharmacien, préparateur en pharmacie, médecin contacté par téléphone, étudiant. Il existe donc un flou pour cette proposition.

Le remplacement des médicaments non au livret par un équivalent inscrit au livret est la solution la plus largement répandue au sein des HAD (69%).

Cette solution présente plusieurs avantages :

- Elle semble **cohérente** : il existe probablement inscrit au livret thérapeutique une spécialité appartenant à la même classe thérapeutique que le médicament prescrit par le médecin. En effet, ce livret thérapeutique est constitué de l'ensemble des médicaments dont l'utilisation est recommandée à l'hôpital, il couvre donc a priori toutes les classes thérapeutiques.
- Elle **permet d'effectuer la délivrance de la totalité de l'ordonnance par la PUI**, ce qui est conforme au cadre réglementaire défini par le décret du 26 décembre 2000.
- Elle paraît également **rapide**, puisque, dès réception de l'ordonnance, la modification est réalisée et l'ordonnance peut ensuite être délivrée normalement. Un délai supplémentaire peut être nécessaire dans le cas où la modification est faite en accord avec le médecin qu'il faut d'abord contacter.

Pourtant, des inconvénients subsistent :

- Le pharmacien ne peut délivrer un médicament autre que celui qui a été prescrit, ou ayant une dénomination commune différente de la dénomination commune prescrite, **qu'avec l'accord express et préalable du prescripteur**, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient. Par dérogation, il peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité (21). Donc, quand c'est le pharmacien qui effectue la modification, seules sont en conformité les structures qui précisent que cette modification est réalisée avec l'accord du médecin.
 - La modification de la prescription **peut être source d'erreurs** : soit immédiatement si le patient se prépare lui-même ses médicaments durant l'HAD et que la modification n'est pas assez clairement indiquée et expliquée, soit à la sortie de l'HAD quand le patient sera seul chez lui, car même si le traitement n'est pas modifié par le médecin, il le sera pour le patient par rapport à ce que la PUI lui délivrait. Si un travail d'éducation thérapeutique par rapport aux médicaments a été fait, il pourrait s'avérer inefficace si le patient ne reconnaît pas ses médicaments. Ce problème est aussi rencontré lors de la sortie d'une hospitalisation traditionnelle.
- Délivrance du médicament par une officine :

La deuxième solution par ordre de fréquence est la délivrance des médicaments non détenus à la PUI par une officine de ville. L'avantage principal de cette solution est qu'elle permet de **respecter littéralement la prescription**, les médicaments prescrits ne sont pas modifiés, le risque d'erreur semble donc diminuer.

Mais, cette solution pose d'autres problèmes :

- Du point de vue réglementaire, cette solution **n'est pas en conformité avec le décret du 26 décembre 2000**, tous les médicaments devraient être dispensés par la PUI. Cependant, certaines structures d'HAD peuvent se baser sur l'article 17 de l'arrêté du 31 mars 1999. Cet article indique que « Sauf accord écrit des prescripteurs, il ne devra être mis ou laissé à la disposition des malades aucun médicament en dehors de ceux qui leur auront été prescrits et dispensés dans l'établissement. Les médicaments dont ils disposent à leur entrée leur seront retirés, sauf accord des prescripteurs » (8). Mais, vraisemblablement, les médicaments prescrits par le médecin traitant et non inscrits au livret thérapeutique ne remplissent pas les conditions de cet article. En effet, l'article concerne les médicaments en dehors de ceux prescrits dans l'établissement alors que les médicaments non inscrits au livret ont bien été prescrits dans l'établissement : dans le service d'HAD.
- Le **morcellement de la délivrance de l'ordonnance** ne semble pas souhaitable. En effet, si l'on se réfère à la définition de la dispensation par le code de déontologie des pharmaciens : le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :
 1. L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;
 2. La préparation éventuelle des doses à administrer ;
 3. La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament (13).

Concernant le premier point, la délivrance des médicaments par deux pharmacies implique une analyse pharmaceutique de l'ordonnance faite en double, ce qui ne peut qu'apporter plus de sécurité pour le patient. Par contre, pour les points suivants, cela semble plus problématique, notamment au niveau de l'information et des

conseils au patient. Les informations fournies au patient peuvent être morcelées, chaque pharmacie donnant les explications relatives aux médicaments qu'elle délivre.

- **Le patient risque de ne pas comprendre** pourquoi la pharmacie de l'hôpital ne délivre pas tel ou tel médicament et d'avoir une mauvaise interprétation en terme d'efficacité, de sécurité d'utilisation, etc.
- Le **délai d'obtention** du traitement par le patient est **augmenté**, puisque l'ordonnance va d'abord à la PUI, qui signale qu'elle ne peut pas délivrer tel médicament, l'ordonnance doit ensuite être amenée dans une officine avant que l'intégralité du traitement arrive chez le patient.
- Approvisionnement spécialement pour le patient :

La troisième solution est que la PUI s'approvisionne spécialement pour le patient. Cette solution est presque anecdotique, elle est utilisée par seulement 6% des HAD.

Pourtant, elle semble résoudre les difficultés rencontrées avec les deux solutions précédentes, puisqu'elle permet :

- de ne pas modifier l'ordonnance,
- de délivrer la totalité de l'ordonnance par la PUI.

Ces principaux inconvénients semblent être :

- un délai d'approvisionnement plus long,
- pour la PUI, un coût supérieur puisqu'il s'agit de commander de très faibles quantités, la PUI ne pourra pas négocier les prix contrairement à ce qui est fait habituellement.



Toutes ces solutions ont donc des avantages et des inconvénients, qu'il convient de bien prendre en compte, afin de permettre une meilleure sécurité pour le patient.

Il semble également important d'encourager les médecins de ville à prescrire les médicaments selon le livret thérapeutique.

3.3.5. Dispensation des médicaments urgents pendant les heures d'ouverture de la PUI :

Jusqu'à présent, nous avons envisagé la dispensation des médicaments dans le cas le plus fréquent, c'est-à-dire lors d'une prescription pendant la journée et en dehors des cas d'urgence. Nous allons maintenant aborder ces deux situations particulières : l'urgence et la prescription les nuits, week-end et jours fériés.

Certains traitements peuvent nécessiter d'être administré dès lors que la prescription en a été faite (par exemple : antibiotiques, solutés de réhydratation, diurétiques).

81% des structures répondent que la PUI délivre également les médicaments urgents. C'est-à-dire que **l'organisation habituelle permet de répondre aux besoins urgents pour les quatre cinquièmes des structures**. Cela est conforme aux dispositions du décret du 26 décembre 2000 qui stipule que la PUI doit pouvoir effectuer la dispensation des médicaments au domicile des patients au moins une fois par jour et dans des délais compatibles avec les demandes urgentes.

Pour les autres (19%), il n'est pas toujours possible d'obtenir les médicaments auprès de la PUI dans des délais compatibles avec l'urgence. Une structure (3%) a recours

uniquement aux officines pour la délivrance des médicaments urgents, et six structures (16%) répondent que c'est ou la PUI ou une officine qui effectue cette délivrance. Deux de ces réponses correspondent aux deux structures dont la PUI ne délivre que les médicaments injectables, le choix entre PUI ou officine dépend dans ce cas de la voie d'administration du médicament urgent.

Pour les quatre autres structures, le critère de choix principal doit être, dans cette situation, la rapidité d'obtention du médicament. Ainsi, il semble parfois plus rapide de chercher le médicament urgent en officine qu'à la PUI. Cela dépend notamment :

- de l'éloignement du domicile du patient par rapport à la PUI,
- du type de médicament nécessaire : facilement disponible en ville ou non,
- de la disponibilité du personnel de l'HAD : l'infirmière, qui le plus souvent récupère les médicaments à la PUI, n'a pas toujours le temps de faire l'aller-retour à la PUI. Il peut être plus facile que ce soit la famille du patient qui aille chercher le médicament à la pharmacie la plus proche. Une structure, ayant répondu que la PUI délivre également les médicaments urgents, précise que c'est la famille du patient qui se rend à la PUI dans ce cas.

Des modifications de l'organisation sont donc à prévoir pour ces structures, afin que la PUI puissent également dispenser les médicaments urgents, comme le prévoit le décret du 26 décembre 2000.

3.3.6. Dispensation des médicaments urgents en dehors des heures d'ouverture de la PUI :

La deuxième situation particulière concerne les médicaments prescrits les nuits, week-end et jours fériés. Pour 60% des structures, la PUI délivre également les médicaments lorsque

la prescription intervient en dehors de ses heures d'ouverture. C'est-à-dire que pour 60% des structures avec PUI, il est toujours possible d'obtenir un médicament auprès de la PUI, quelque soit l'heure. Mais ce n'est pas le cas pour toutes les structures.

13% des structures utilisent dans ce cas un stock de médicaments propre à l'HAD ou le stock d'un autre service hospitalier. Il s'agit là de prendre le médicament dans la dotation pour besoins urgents du service. Cette dotation est décrite par les articles 9 à 16 de l'arrêté du 31 mars 1999 (8). Déterminée de manière collective par concertation entre médecins, pharmaciens et personnel infirmier sous la forme d'une « liste qualitative et quantitative composant cette dotation », c'est une « dotation de médicaments permettant de faire face, dans l'unité concernée, aux besoins urgents » (36). Le but de cette dotation est donc de pouvoir administrer aux patients hospitalisés un traitement urgent. Ici, sans qu'il ne s'agisse forcément d'un médicament urgent, cette dotation, qui ressemble plus à une véritable pharmacie installée dans l'unité de soins (39), remplace la PUI pendant ses horaires de fermeture. Cette solution permet au patient de recevoir son traitement même s'il est prescrit en dehors des horaires d'ouverture de la PUI et évite d'avoir recours aux officines de ville (les médicaments administrés proviennent indirectement de la PUI). Par contre, dans ce cas, il n'y a pas de dispensation des médicaments mais uniquement distribution. L'analyse pharmaceutique de la prescription n'est pas réalisée et les informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament reposent uniquement sur les connaissances de la personne qui va chercher le médicament, c'est-à-dire le plus souvent l'infirmière.

16% des structures répondent que dans ce cas les médicaments sont délivrés par une officine. En effet, il est toujours possible de trouver une officine disponible puisque des services de garde et d'urgence sont organisés pour répondre aux besoins du public en

dehors des jours d'ouverture et des heures d'ouverture généralement pratiqués par les officines (41). De plus, même si cette solution n'est pas en conformité avec le décret du 26 décembre 2000 (tous les médicaments devraient être dispensés par la PUI), elle permet une dispensation des médicaments plutôt qu'une distribution avec toutefois un bémol : le pharmacien de garde ne connaît pas le patient (pathologies, antécédents), et ne sait pas s'il prend d'autres traitements que ceux indiqués sur l'ordonnance.

Pour les autres structures, ces médicaments sont délivrés par la PUI ou par une officine. Nous ne savons pas quels critères déterminent le choix de l'une ou de l'autre dans ce cas.

Les médicaments prescrits les nuits, week-end et jours fériés sont a priori des médicaments urgents (le médecin ne se déplaçant pendant ces périodes que pour les cas urgents) et il est difficile de prévoir cette situation, tant au niveau pratique que théorique. Le plus important semble être que le patient reçoive le bon médicament au bon moment, quelque soit l'organisation.

3.4. Structures d'hospitalisation à domicile ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur :

Dans cette partie, nous allons traiter les réponses aux questions propres au questionnaire HAD sans PUI.

3.4.1. Choix de l'officine :

Contrairement au cas des structures d'HAD avec PUI pour lesquelles la situation est très claire : tous les médicaments doivent être dispensés par la PUI, le décret du 26 décembre 2000 n'apporte aucune précision concernant les modalités de choix de l'officine qui assure la dispensation des médicaments autres que ceux réservés à l'usage hospitalier, dans le cadre d'un établissement ne disposant pas de PUI. Ainsi, en HAD, dans tous les cas, le médecin traitant est choisi librement par le malade comme le précise la circulaire du 30 mai 2000 relative à l'HAD, mais rien n'indique qu'il doive en être de même pour le pharmacien. En HAD avec PUI, ce choix n'est même pas envisageable.

Cependant, **les structures d'HAD sans PUI sont unanimes** : toutes sans exception répondent que **c'est le patient qui choisit l'officine**.

Cette solution semble la plus favorable pour le suivi du patient. En effet, le patient choisit très probablement l'officine où il se rend habituellement lorsqu'il est à son domicile. Il connaît le pharmacien et lui fait confiance. D'autre part, le pharmacien et son équipe connaissent le patient, ses habitudes, ses traitements antérieurs et cela permet d'effectuer un réel suivi.

Par contre, **cela impose certaines contraintes aux structures d'HAD** puisqu'elles vont devoir travailler avec pratiquement autant d'officines différentes que de patients pris en charge (comme pour le médecin traitant). En particulier, au début de l'ouverture de la structure, il faudra avant la prise en charge du patient contacter l'officine choisie par le patient, l'informer du mode de fonctionnement de la structure d'HAD, lui expliquer les conditions pour une collaboration avec la structure et obtenir son accord. Après quelques temps d'ouverture de l'HAD, la plupart des officines seront informées de l'organisation de la structure d'HAD et il suffira de les avertir de la prise en charge en HAD de l'un de leurs patients.

3.4.2. Conditions de collaboration officine – structures d'hospitalisation à domicile :

Nous exprimerons les résultats en pourcentage des cas car 29% des structures ont donné plusieurs conditions.

Dans 17% des cas, les structures ne voient aucune condition à la collaboration HAD - officine. Sinon, les conditions les plus fréquemment énoncées sont : signer une convention avec la structure (32%) et facturer les médicaments à l'HAD (22%). Les autres réponses consistent à accepter des conditions d'organisation propres à la structure telles que délivrer les médicaments pour une durée prédéfinie, signaler chaque nouvelle prescription, donner les génériques, pratiquer les tarifs négociés sur les médicaments non remboursés par la sécurité sociale, accepter le règlement à 30 jours fin de mois.

L'interprétation des réponses à cette question doit rester prudente. En effet, un pourcentage assez important de structures a répondu qu'il n'y avait aucune condition, ou encore « facturer les médicaments à l'HAD » n'est cité que dans 22% des cas. Pourtant, depuis la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en HAD, toutes les structures, quelque soit leur statut, doivent prendre en charge le coût des médicaments, c'est-à-dire que la facturation des médicaments doit être adressée à la structure d'HAD. Cette condition devrait donc apparaître dans toutes les réponses.

Nous supposons que les structures ont pensé à signaler les conditions qui posent éventuellement des difficultés. D'ailleurs, ce sont en partie les mêmes que les raisons pour lesquelles il arrive qu'une officine refuse de travailler avec l'HAD.

Les réponses à cette question nous permettent cependant de remarquer que, même si le décret du 26 décembre 2000 ne mentionne pas la nécessité d'une convention pour la dispensation des médicaments autres que ceux destinés à des soins urgents, **la signature d'une convention est une condition pour la collaboration entre l'HAD et officine dans près d'un tiers des cas.** L'élaboration d'une convention semble souhaitée et souhaitable, **même si ce n'est pas une obligation au plan réglementaire.** En effet, elle permet de formaliser les engagements de chaque partie afin de travailler ensemble et sa signature officialise l'accord de chaque partie pour le respect de ces engagements. Elle est donc le gage d'un bon fonctionnement.

3.4.3. Refus d'une officine :

Occasionnellement, il arrive qu'une officine refuse de travailler avec l'HAD. Neuf structures (29%) ont déjà été confrontées à ce problème.

Les raisons à ce refus sont d'ordre organisationnel ou économique.

En effet, certaines officines estiment que la dispensation des médicaments à un patient pris en charge en HAD engendre trop de complications au niveau de la gestion des tiers payants (23% des cas de refus), en particulier alors qu'elle ne concerne que très peu de patients (8%). D'autres estiment ne pas disposer d'un stock suffisant concernant les médicaments prescrits en HAD (8%). (Cependant, les médicaments qui, ne sont pas en stock à l'officine, peuvent être obtenus rapidement auprès du grossiste-répartiteur.) Au niveau organisationnel, l'absence de possibilité de livraison systématique des médicaments (15%) et le fait de devoir délivrer les médicaments pour une période prédéfinie complètent les raisons précédentes.

Au niveau économique, la principale raison est un règlement des médicaments par l'HAD trop tardif par rapport à la CPAM. Dans 15% des cas, des raisons économiques ont été évoquées, sans précision. Nous pensons qu'il peut s'agir soit du problème du règlement trop tardif, soit de négociation des prix par l'HAD pour certains produits.

La facturation des médicaments à l'HAD est donc une des deux raisons les plus fréquentes au refus d'une officine de dispenser les médicaments aux patients pris en charge en HAD. Pourtant, depuis la mise en place de la T2A, il n'est pas possible de fonctionner différemment, puisque la structure d'HAD doit prendre en charge les frais liés aux médicaments. Par contre, le problème lié à un règlement trop tardif (qui est la deuxième raison la plus fréquente) peut être résolu par une modification de l'organisation de la structure.

Cependant, parmi les neuf structures qui disent avoir déjà eu un refus d'une officine, quatre précisent que cela est très peu fréquent. Il est donc important de retenir que, même si

près d'un tiers des structures d'HAD ont déjà rencontrés au moins un refus, il s'agit d'une officine ou deux sur l'ensemble de celles avec lesquelles la structure travaille.

L'HAD est donc bien acceptée par les officinaux, à quelques exceptions près, qui restent anecdotiques. Le patient, dans ce cas, peut toujours désigner une autre pharmacie, qui accepte le fonctionnement de l'HAD.

3.4.4. Dispensation des médicaments disponibles en ville :

Quand la structure ne dispose pas d'une PUI, les médicaments autres que ceux réservés à l'usage hospitalier doivent être dispensés par une officine. Cependant, 4 structures d'HAD sans PUI (13%) indiquent que certains produits ne sont pas dispensés par l'officine.

Il s'agit le plus souvent du matériel pour la réfection des pansements (cité par 3 structures sur 4). Hormis certains pansements, qui selon leur composition et leur utilisation, appartiennent à la catégorie des médicaments, ces produits n'entrent pas dans le cadre de notre étude puisqu'il ne s'agit a priori pas de médicaments, mais de dispositifs médicaux (41). Par contre, une structure inclut dans le matériel pour la réfection des pansements la Bétadine®. Or, ce produit est un médicament et de ce fait, appartient au monopole pharmaceutique. De même, pour les perfusions et électrolytes, qui sont fréquemment cités (2 structures sur 4).

Il existe donc bien des structures pour lesquelles certains médicaments disponibles en officine de ville ne sont pas dispensés par l'officine. Cela est surprenant, d'une part parce que les structures n'ont pas expliqués ce mode de fonctionnement, d'autre part, car se pose le problème de l'approvisionnement. Qui dispense ces médicaments ?

Une structure indique aussi que les produits d'alimentation ne sont pas dispensés par une officine. A noter que les aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales ne peuvent être délivrés au détail que par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé, les officines de pharmacie, ainsi que par des personnes morales agréées par le représentant de l'Etat dans le département après avis du directeur régional des affaires sanitaires et sociales (41). Suivant la classe de ces produits d'alimentation, se pose encore le problème de l'approvisionnement, comme pour les médicaments.

Une autre structure explique qu'à sa sortie d'hospitalisation traditionnelle, une trousse d'urgence est délivrée au patient. Elle contient le nécessaire pour faire face à des urgences de soins palliatifs (traitement de la douleur, de l'agitation, des vomissements, ...). Cette réponse est également surprenante. En effet, le patient dispose des traitements pour faire face aux urgences, mais est-il capable (ou sa famille) de reconnaître ces situations et d'administrer les médicaments nécessaires ? D'ailleurs, cette structure signale que la structure d'HAD dispose d'un double de cette trousse. Ce double serait peut être suffisant et permettrait une administration sous la surveillance d'un professionnel de santé.

3.4.5. Achat des médicaments réservés à l'usage hospitalier :

Certains médicaments ne sont pas disponibles en officine de ville : il s'agit des médicaments réservés à l'usage hospitalier.

Ces médicaments font partie des médicaments soumis à prescription restreinte (41). Le Ministère de la santé et de la protection sociale a publié un décret modifiant le régime de la prescription restreinte et organisant la vente au public de médicaments par les établissements de santé, également désignée par le terme de «rétrocession». Ce décret est

susceptible d'avoir des conséquences notables sur la pratique des médecins prescripteurs et des pharmaciens. Il modifie en effet les conditions et le circuit de prescription et de dispensation de certains médicaments. L'objectif est de faciliter l'accès des patients aux médicaments en permettant, dès lors que les caractéristiques des médicaments n'exigent pas un circuit hospitalier strict, leur dispensation en ville, et leur donnant ainsi accès à des conseils de proximité (44).

Il s'agit du décret n° 2004-546 du 15 juin 2004. Il prévoit la modification des catégories de médicaments à prescription restreinte ainsi que des critères justifiant leur classement. Ainsi, suite à ce décret, les médicaments réservés à l'usage hospitalier sont définis comme médicaments qui doivent être prescrits, dispensés et administrés exclusivement au cours d'une hospitalisation. Ils ne peuvent pas être rétrocédés par les pharmacies à usage intérieur. Pour certains médicaments, l'AMM pourra de plus en réserver la prescription à certains médecins spécialistes (44). Le classement en médicaments réservés à l'usage hospitalier se justifie par des contraintes techniques d'utilisation ou par des raisons de sécurité d'utilisation, nécessitant que le traitement s'effectue sous hospitalisation (17).

Le nombre de médicaments classés dans la catégorie réservés à l'usage hospitalier tend donc à diminuer. Ces médicaments peuvent être prescrits, dispensés et administrés en hospitalisation à domicile, puisqu'il s'agit d'une hospitalisation, c'est le seul cas où ces médicaments peuvent être administrés à domicile. Et ce cas a été prévu dans le décret du 26 décembre 2000 : les médicaments réservés à l'usage hospitalier doivent être obtenus auprès d'une entreprise pharmaceutique.

- Fournisseur pour les médicaments réservés à l'usage hospitalier :

Une seule structure achète ces médicaments auprès du fabricant. Toutes les autres achètent ces médicaments auprès de la PUI d'un autre établissement de santé. **Hormis une structure, toutes semblent donc hors cadre réglementaire pour l'approvisionnement en médicaments réservés à l'usage hospitalier.**

En effet, d'une part, les structures doivent acheter ces produits auprès d'une entreprise pharmaceutique selon le décret du 26 décembre 2000, d'autre part, les PUI des autres établissements ne peuvent pas vendre ces produits aux structures d'HAD puisque l'activité des pharmacies à usage intérieur doit être limitée à l'usage particulier des malades dans les établissements de santé où elles ont été constituées (41).

Toutefois, des dispositions plus récentes sont à prendre en compte. Exceptionnellement, en cas de nécessité, le représentant de l'Etat dans le département, après avis du directeur régional des affaires sanitaires et sociales, peut autoriser, pour une durée limitée, les établissements publics de santé à vendre au détail des médicaments lorsqu'il n'y a pas d'autre source de distribution possible (23). A priori, le cas envisagé ici ne s'applique pas aux structures d'HAD, ou du moins de manière très ponctuelle lorsqu'un médicament est en rupture de stock chez son fabricant.

Par contre, une autre disposition du même article concerne beaucoup plus les structures d'HAD sans PUI : les pharmacies à usage intérieur peuvent délivrer à d'autres établissements de santé des préparations magistrales, des préparations hospitalières ainsi que des spécialités pharmaceutiques reconstituées (23). On entend par spécialité reconstituée un médicament issu d'une opération de mélange simple, notamment d'une

solution, d'une poudre, d'un lyophilisat avec un solvant pour usage parentéral selon les indications mentionnées dans le résumé des caractéristiques de l'AMM de la spécialité (7).

Ainsi, les PUI ne peuvent pas vendre aux structures d'HAD un médicament réservé à l'usage hospitalier, mais elles peuvent vendre ce produit s'il entre dans la composition d'une préparation magistrale (une des missions de la PUI est la réalisation des préparations magistrales à partir de matières premières ou de spécialités pharmaceutiques) ou nécessite une reconstitution réalisée par la PUI.

En définitive, le cadre réglementaire de l'approvisionnement en médicaments réservés à l'usage hospitalier en HAD sans PUI est complexe, dépendant du produit et du type d'opération qu'il nécessite, et peut être encore soumis à modifications.

D'autre part, une situation semble ne pas avoir été envisagée. En effet, suite au décret du 15 juin 2004, tous les médicaments seront délivrés au public en pharmacie d'officine, exceptés :

- ceux qui seront classés dans la catégorie « réservés à l'usage hospitalier » ;
- ceux qui seront inscrits sur la liste déterminant les produits pouvant être rétrocédés (c'est-à-dire vendus au public par la PUI des établissements de santé) et ne feront pas l'objet d'un double circuit de dispensation (44).

Le décret du 26 décembre 2000 explique les conditions d'approvisionnement en médicaments réservés à l'usage hospitalier pour les établissements sans PUI, mais le cas des médicaments pouvant être rétrocédés et ne faisant pas l'objet d'un double circuit de dispensation (c'est-à-dire dispensés uniquement par les PUI) n'est pas abordé. Ces médicaments doivent-ils être achetés également au fabricant ?

- Prix des médicaments réservés à l'usage hospitalier :

Lorsque ces médicaments sont vendus par une PUI, les prix devraient être ceux indiqués par l'arrêté du ministre chargé de la santé, qui fixe les modalités de facturation de ces préparations et de ces spécialités (arrêté mentionné par la loi du 9 août 2004). Les structures d'HAD n'ont visiblement pas connaissance de cet arrêté, puisqu'elles indiquent que c'est la PUI qui fixe les prix (certaines précisent qu'il s'agit du prix de la rétrocession pour les médicaments que les PUI sont autorisées à vendre au détail au public). Pour seulement deux structures, le prix de ces médicaments fait l'objet de la signature d'une convention entre le centre hospitalier et la structure d'HAD.

La situation apparaît encore bien floue, et est susceptible d'évoluer.

- Délai d'obtention des médicaments réservés à l'usage hospitalier :

Les structures s'organisent donc vraisemblablement au plus simple et au plus rapide, l'approvisionnement par la PUI étant plus rapide que par l'intermédiaire du fabricant. Les structures ayant recours à une PUI répondent que l'approvisionnement a lieu en moins de 24 heures alors que la structure passant commande auprès du fabricant obtient ces médicaments en trois jours environ. En effet, d'un côté, il suffit d'aller chercher le produit à la PUI (les structures d'HAD ne sont en général pas très loin d'un centre hospitalier disposant d'une PUI, puisque ce sont ces établissements qui leur adressent habituellement des patients) alors que l'approvisionnement par le fabricant nécessite de passer la commande et d'attendre la livraison du produit. Cependant, pour l'instant, **l'achat auprès de la PUI n'est en conformité avec la réglementation que dans le cas des préparations magistrales et des spécialités reconstituées.**

- Stockage des médicaments réservés à l'usage hospitalier :

D'après le décret du 26 décembre 2000, les médicaments réservés à l'usage hospitalier sont des médicaments destinés à des soins urgents puisque leurs conditions d'approvisionnement ne sont envisagées que dans le cadre des médicaments destinés à des soins urgents (16). Le stockage de ces médicaments dans les locaux de l'HAD est prévu par le décret. Les médicaments pour soins urgents sont détenus dans une armoire fermée à clef dont le contenu maximal est fixé, après avis du conseil départemental de l'ordre des médecins, par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales (16). Pourtant, seules deux structures (7%) stockent ces médicaments dans les locaux de l'HAD, avec pour objectif de diminuer le délai de dispensation au patient. C'est-à-dire que ces structures achètent les médicaments pour plusieurs patients potentiels (elles connaissent les médicaments réservés à l'usage hospitalier dont elles ont besoin le plus souvent et stockent ces médicaments en prévision).

Deux raisons peuvent expliquer ce faible pourcentage de structures ayant recours au stockage dans les locaux de l'HAD :

- L'approvisionnement par la PUI est très rapide, le stockage n'est pas nécessaire pour diminuer le délai de livraison. (Remarquons que la structure qui achète les médicaments réservés à l'usage hospitalier auprès du fabricant ne les stocke pas).
- La notion de contenu maximal déterminé par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) pose problème. Les médicaments qui peuvent être stockés par l'HAD peuvent être différents d'un département à l'autre et nécessitent que soit établie une liste par la DDASS. Si la liste n'est pas établie, le stockage n'est pas possible. Ceci pourrait expliquer que les structures aient recours à une PUI plutôt qu'au fabricant car le délai d'approvisionnement est alors plus court.

Concernant l'approvisionnement en médicaments réservés à l'usage hospitalier, en HAD sans PUI, le cadre réglementaire étant encore très flou, les structures semblent privilégier la solution qui permet d'obtenir rapidement le produit nécessaire pour le patient et d'éviter le stockage de ces médicaments, c'est-à-dire l'approvisionnement par la PUI d'un autre établissement de santé, même si cette solution ne semble pas toujours en accord avec la législation.

3.4.6. Création d'une PUI :

30% des structures d'HAD sans PUI ont envisagé la création d'une PUI.

Dans 33% des cas, les structures estiment qu'une PUI leur permettrait de centraliser la dispensation des médicaments. En effet, l'approvisionnement en médicaments pour les structures d'HAD sans PUI est réalisé par une officine choisie par le patient. La structure doit donc travailler avec de nombreuses officines, auxquels s'ajoutent les entreprises pharmaceutiques assurant l'approvisionnement en médicaments réservés à l'usage hospitalier. Cette gestion peut donc être compliquée.

Dans 26% des cas, les structures souhaitent créer une PUI pour des raisons économiques : tarifs plus intéressants à l'achat et possibilité de dispensation plus juste au plan économique.

La création d'une PUI est également envisagée dans 13% des cas pour la préparation et la reconstitution des chimiothérapies anticancéreuses. Etant donné le cadre réglementaire complexe concernant l'approvisionnement et la reconstitution des chimiothérapies anticancéreuses, certaines structures souhaitent résoudre les difficultés rencontrées dans l'approvisionnement de ces produits par la création de leur propre PUI avec unité spécialisée pour la reconstitution.

La création d'une PUI est donc le plus souvent envisagée pour des raisons organisationnelles et économiques. Cependant, parmi les 30% de structures ayant envisagé la création d'une PUI, presque la moitié indique que cette création ne se fera pas soit par volonté de conserver la collaboration avec la ville, soit à cause des contraintes liées à la PUI, telles que la dispensation quotidienne notamment.

70% des structures d'HAD sans PUI n'ont jamais envisagé de créer de PUI.

Les raisons les plus fréquentes sont :

- l'absence de budget pour un poste de pharmacien,
- une zone géographique à couvrir trop étendue,
- une structure trop petite.

Là encore, les raisons évoquées sont essentiellement d'ordre économique et organisationnel.

Ainsi, il est difficile de savoir quels sont réellement les avantages et les inconvénients de la création d'une PUI.

3.5. Questions communes :

Nous allons maintenant aborder les questions communes aux deux questionnaires, c'est-à-dire se reportant au même sujet. Nous pourrions ainsi voir facilement les similitudes et les différences entre les deux modes de fonctionnement : avec ou sans PUI.

3.5.1. Information du médecin traitant concernant le mode de dispensation des médicaments :

Le principe de la prise en charge en HAD reste le même quel que soit le type de structures mais le mode de dispensation des médicaments est différent selon que la structure d'HAD dispose ou non d'une PUI. Il nous semble donc intéressant que le médecin traitant sache qui dispense les médicaments, comment et dans quel délai.

Pourtant, 11% des HAD avec PUI ont répondu que le médecin traitant n'est pas informé du mode de dispensation des médicaments en HAD. Ce pourcentage est divisé par deux pour les HAD sans PUI (6%). Ces pourcentages, bien que faibles (plus de 90% des structures d'HAD informent le médecin), montrent quand même que **toutes les structures d'HAD ne jugent pas utile d'informer le prescripteur du fonctionnement pharmaceutique** de la structure.

Quand la structure n'a pas de PUI, la dispensation des médicaments est assurée par les officines de villes, c'est-à-dire selon le fonctionnement habituel en ville. Cela modifie peu les habitudes du médecin et du patient. Par contre, quand les médicaments sont délivrés par une PUI, nous avons déjà souligné les différences qui peuvent exister avec le

fonctionnement habituel en ville, à savoir que la PUI ne détient pas toutes les spécialités commercialisées en France et que ce n'est peut être pas le patient ou sa famille qui se rendent à la pharmacie.

Ces différences peuvent avoir une influence sur la pratique du médecin, en particulier au niveau du choix du médicament. Ainsi, nous pensons que tout le monde gagnerait à ce que le médecin connaisse le mode de dispensation des médicaments de la structure d'HAD.

3.5.2. Circuit de l'ordonnance et des médicaments :

En HAD avec PUI, les médicaments étant délivrés par la PUI de la structure d'HAD, ce n'est probablement ni le patient, ni sa famille qui se rendent à la pharmacie. En effet, la PUI est implantée dans les locaux de la structure d'HAD, ce qui peut être relativement éloigné du domicile des patients, puisqu'à chaque structure d'HAD correspond une aire géographique précisée par l'autorisation donnée par l'ARH (11). Ainsi, quand nous demandons aux structures, qui apporte l'ordonnance à la PUI, la famille du patient n'apparaît que pour 2 réponses et il s'agit alors de réponses incluant au moins une autre personne.

Le plus souvent, **c'est l'infirmière qui apporte l'ordonnance du domicile du patient à la PUI** : 46% des structures d'HAD répondent infirmière et 30% des structures citent l'infirmière parmi d'autres personnes. Cette réponse n'est pas surprenante. En HAD, les infirmières sont les personnels qui passent le plus souvent au domicile du patient, qui selon la définition de l'HAD par la circulaire du 30 mai 2000, nécessite 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 (4). Les infirmières

vont donc chez la plupart des patients une fois par jour, voire deux ou trois, ce qui permet de profiter de ces passages pour prendre l'ordonnance et la porter à la PUI lorsque l'infirmière retourne à l'HAD.

16% des structures d'HAD répondent que l'ordonnance est faxée. C'est la réponse la plus fréquente après les infirmières. Cette solution semble intéressante car elle est rapide et évite à l'infirmière de se rendre à la pharmacie. Cependant, cette solution implique de disposer d'un fax soit chez le patient, soit au cabinet du médecin traitant. Avoir un fax à l'HAD n'est pas une solution car elle nécessite que quelqu'un porte l'ordonnance du domicile du patient aux locaux de l'HAD, ce qui revient pratiquement au même que de porter l'ordonnance directement à la pharmacie. C'est peut être pourquoi, malgré ses avantages, cette solution reste largement minoritaire par rapport au portage de l'ordonnance par l'infirmière.

Avec le développement de l'Internet et l'accessibilité croissante des foyers à ce moyen de communication, **l'envoi de l'ordonnance par courriel à la pharmacie serait peut être une solution à envisager.** D'autant qu'une ordonnance comportant des prescriptions de soins ou de médicaments peut être formulée par courriel dès lors que son auteur peut être dûment identifié, qu'elle est établie, transmise et conservée dans des conditions propres à garantir son intégrité et sa confidentialité, et à condition qu'un examen clinique du patient ait été réalisé préalablement (24).

Ensuite, quand les médicaments ont été préparés par la PUI, là non plus, ce n'est pas le patient, ni sa famille qui rapporte les médicaments au domicile (1 seule réponse famille du patient ou une autre personne).

Comme pour porter l'ordonnance à la PUI, **ce sont les infirmières qui sont en première ligne pour rapporter les médicaments de la PUI au domicile du patient.** (73% des structures d'HAD répondent infirmière et 18% des structures citent l'infirmière parmi d'autres personnes).

Une structure d'HAD a répondu agent de liaison, il semble donc que cette structure emploie une personne dont les tâches principales comprennent le portage des médicaments au domicile du patient. Ainsi, nous supposons que ce mode de fonctionnement permet une livraison plus rapide des médicaments au domicile du patient, puisqu'elle sera indépendante du travail et de la tournée de l'infirmière.

Il est important de remarquer qu'aucune structure d'HAD n'a répondu qu'un pharmacien, préparateur en pharmacie, interne ou externe en pharmacie assurait le portage des médicaments au domicile du patient. Le personnel pharmaceutique n'effectue donc pas cette mission.

Le décret n° 95-862 du 25 juillet 1995 définit la dispensation et la livraison à domicile des médicaments, mais ce dans le cadre de la pharmacie d'officine. La dispensation à domicile doit être effectuée par un pharmacien, un préparateur en pharmacie ou un étudiant en pharmacie à partir de la troisième année (14). Par contre, la livraison à domicile peut être assurée par toute personne dès lors que les médicaments sont remis dans un paquet scellé, c'est-à-dire tout paquet opaque au nom d'un seul patient dont la fermeture est telle que le destinataire puisse s'assurer qu'il n'a pas pu être ouvert par un tiers (14).

Nous serions donc ici dans un cas de livraison à domicile puisque ce n'est jamais un pharmacien, un préparateur en pharmacie ou un étudiant en pharmacie qui porte les médicaments au domicile. Cependant, le décret du 26 décembre 2000 indique que la PUI

doit être implantée dans un lieu lui permettant d'effectuer la **dispensation des médicaments** et des dispositifs médicaux stériles **au domicile du patient**.

En définitive, aucune structure d'HAD avec PUI n'est en conformité avec l'obligation de dispensation à domicile des médicaments, qui implique qu'un professionnel pharmaceutique se rende au domicile du patient.

Pour la majorité des structures d'HAD avec PUI, c'est donc l'infirmière qui récupère les nouvelles ordonnances au domicile du patient, les transmet à la PUI, puis rapporte les médicaments chez le patient. Il y a donc un **délai incompressible entre une nouvelle prescription et le début du traitement par le patient**.

Pour toutes les structures d'HAD, ce délai n'excède pas vingt quatre heures en moyenne (en dehors des cas d'urgence). Cependant, **65% des structures ont une organisation qui permet de diminuer encore ce délai**. Ainsi, 21% des structures d'HAD assurent une livraison des médicaments au domicile du patient en quelques heures ou moins de six heures seulement et 44% en moins de douze heures. Cela signifie que 65% des patients reçoivent leur nouveau traitement dans la journée alors que 35% n'ont les médicaments qu'à partir du lendemain (en dehors des cas d'urgence).

Il s'agit là des délais moyens. En effet, **ce délai peut être très variable au sein d'une même structure** car il dépend :

- de l'heure de passage du médecin par rapport au passage de l'infirmière .Par exemple, si le médecin passe le matin avant le passage de l'infirmière, le délai sera plus court que s'il passe toujours le matin mais après le passage de l'infirmière.
- de la fréquence des passages de l'infirmière.
- des horaires d'ouverture de la PUI. Les pharmacies à usage intérieur ne peuvent fonctionner qu'en présence d'un pharmacien chargé de la gérance ou de son

remplaçant ou d'un pharmacien assistant exerçant dans cette pharmacie. Le temps de présence du pharmacien chargé de la gérance ne peut être inférieur à l'équivalent de cinq demi-journées par semaine (16). Ainsi, il se peut que la PUI ne soit ouverte que cinq demi-journées par semaine.

- des médicaments prescrits : inscrits au livret thérapeutique de l'hôpital ou non, délivrés par la PUI ou non.

C'est pourquoi il apparaît important que le médecin soit informé du mode de dispensation des médicaments. Cela peut permettre une meilleure organisation (heures de visite par rapport au passage de l'infirmière et aux horaires d'ouverture de la PUI, choix des médicaments prescrits) avec au final, une réduction du délai entre une nouvelle prescription et le début effectif de prise du traitement par le patient.

En HAD avec PUI, si le **patient ou sa famille** ne sont pas sollicités pour aller chercher les médicaments délivrés par la PUI, ils sont **au premier plan pour aller chercher en officine les médicaments que la PUI ne délivre pas**. En effet, les huit structures qui ont recours aux officines de ville pour la délivrance des médicaments qui ne sont pas inscrits au livret thérapeutique (dont trois ont également recours aux officines pour certains médicaments inscrits au livret thérapeutique) laissent à la famille du patient le soin d'aller chercher le complément de traitement en officine (la famille du patient est citée dans toutes les réponses). Une structure répond que le patient peut également se charger de cette mission et deux autres qu'une infirmière ou une aide-soignante peuvent s'en charger.

Il n'est pas étonnant que la famille du patient soit beaucoup plus sollicitée que le patient lui-même. Etant donné le niveau de soins que requièrent les patients pris en charge en HAD, peu d'entre eux peuvent se déplacer, notamment sortir de chez eux.

Concernant le délai entre une nouvelle prescription et le début de prise du traitement par le patient, nous n'avons eu que cinq réponses (sur huit structures concernées par cette question) dont deux étaient « variable en fonction des disponibilités de la famille et de la pharmacie ». Trois structures n'ont pas répondu ce qui peut vouloir dire qu'elles ne connaissent pas ce délai, et deux autres mettent en évidence la variabilité de ce délai. Ainsi, quand les médicaments ne sont pas tous délivrés par la PUI, le patient peut débiter son traitement seulement quand :

- son ordonnance lui est rapportée de la PUI avec les médicaments délivrés par la PUI,
- sa famille a pu se rendre à l'officine,
- l'officine a pu délivrer la totalité des médicaments manquants.

Il semble qu'il y ait un cumul de retards.

D'autre part, il faut veiller à bien expliquer à la famille pourquoi ces médicaments doivent être pris en officine et pourquoi ils ne sont pas délivrés par la PUI car le patient ou sa famille pourrait penser qu'un médicament qui n'est pas détenu à l'hôpital est inutile, avec un risque d'inobservance vis-à-vis de ce traitement.

Concernant les structures d'HAD sans PUI, un des motifs de refus de la prise en charge d'un patient admis en HAD est l'absence de possibilité de livraison des médicaments. Cependant, si c'est le pharmacien ou un professionnel pharmaceutique qui se rend au domicile, il ne s'agit normalement pas d'une simple livraison, mais d'un réel acte de dispensation, qui implique que le pharmacien associe à la délivrance, l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale, la préparation éventuelle des doses à administrer et la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

13% des structures d'HAD sans PUI demandent au pharmacien (ou à son personnel) de dispenser systématiquement les médicaments au domicile du patient pris en charge en HAD. A cela s'ajoute 39% des structures, qui font cette demande lorsque l'état du patient le nécessite.

Le décret du 26 décembre 2000 prévoit que les pharmaciens d'officine et les autres personnes légalement habilitées à les remplacer, assister ou seconder peuvent dispenser les médicaments autres que ceux destinés à des soins urgents, dans les conditions prévues pour la dispensation à domicile. En l'occurrence, il ne peut y avoir dispensation à domicile que lorsque le patient est dans l'impossibilité de se déplacer, notamment en raison de son état de santé, de son âge ou de situations géographiques particulières (14).

Il ne devrait donc pas y avoir de dispensation systématique à domicile, mais seulement quand l'état du patient le nécessite. Cependant, il faut garder présent à l'esprit que la plupart des patients pris en charge en hospitalisation à domicile répondent aux conditions énoncées précédemment, ce qui peut expliquer que certaines structures d'HAD demandent systématiquement au pharmacien de se déplacer.

Par contre, près de la moitié des structures (48%) indiquent que le pharmacien ne dispense jamais les médicaments au domicile du patient. Nous supposons que si le patient est dans l'impossibilité de se déplacer, c'est alors sa famille ou le personnel de l'HAD qui vont à la pharmacie chercher les médicaments nécessaires au traitement. Dans cette situation, le patient ne rencontre pas directement son pharmacien. Du fait de l'existence d'un intermédiaire entre le patient et le pharmacien, il risque d'y avoir une perte d'une part dans les informations que le patient souhaite transmettre au pharmacien (telles que survenue d'effets indésirables, difficultés rencontrés pendant le traitement,...), d'autre part, dans la

mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament qu'assure le pharmacien lors de la dispensation.

En HAD sans PUI, il y a donc souvent un intermédiaire entre le patient et son pharmacien.

3.5.3. Education thérapeutique du patient :

En HAD avec PUI, les médicaments sont délivrés par la PUI et ce sont les infirmières qui apportent les médicaments au domicile du patient pour presque les trois quarts des structures et ce n'est jamais un pharmacien, préparateur en pharmacie ou étudiant en pharmacie. Il s'agit donc d'une livraison des médicaments et nous avons souhaité savoir si le patient voyait un professionnel pharmaceutique pour l'éducation thérapeutique à son traitement.

L'éducation thérapeutique consiste à former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. L'éducation thérapeutique est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. L'enseignement du malade comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage du traitement, le support psycho-social, tous liés à la maladie et au traitement : la formation du patient doit aussi permettre au patient et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants (32).

Il convient de bien différencier éducation, qui implique de vérifier ce que le patient a compris et retenu et information, qui correspond plus à une simple transmission des connaissances.

Les soins médicaux pris dans le sens large comprennent bien évidemment les soins pharmaceutiques, d'autant que cette définition souligne l'importance de l'apprentissage du traitement. Il y a donc une place importante pour le pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient.

Pourtant, **en HAD avec PUI, une seule structure répond qu'un pharmacien fait l'éducation thérapeutique au traitement**, mais elle précise qu'il s'agit d'un document écrit, remis par le pharmacien avec les médicaments. Une autre structure indique que le patient peut voir un externe en pharmacie, c'est-à-dire un étudiant en cinquième année de pharmacie.

A partir de ces réponses, nous sommes obligés de conclure **qu'en HAD avec PUI, le patient est à son domicile alors que le pharmacien est à la PUI et qu'il n'y a jamais de rencontre direct pharmacien – patient**. Les médicaments et les informations qui doivent les accompagner sont délivrés par un intermédiaire, qui n'est pas un professionnel pharmaceutique (sauf pour deux structures soit 5%), le plus souvent par une infirmière.

En HAD sans PUI, il semble que la situation du patient soit proche de celle d'un patient en HAD avec PUI. En effet, si 13% des structures demandent au pharmacien (ou à son personnel) de dispenser systématiquement les médicaments au domicile du patient, aucune ne demande au pharmacien de se rendre systématiquement au domicile du patient pour effectuer l'éducation thérapeutique.

Par contre, 19% des structures indiquent que le pharmacien doit se rendre au domicile du patient pour réaliser l'éducation thérapeutique si le patient ou sa famille en font la demande (et une structure précise ou si la structure elle-même en fait la demande).

Ainsi, en dehors des cas, peu fréquents, où le patient peut se rendre lui-même à la pharmacie, **les rencontres directes pharmacien – patient restent peu fréquentes**. Comme en HAD avec PUI, le patient est à son domicile alors que le pharmacien est à la pharmacie.

Finalement pour 95% des structures d'HAD avec PUI, ce n'est jamais un professionnel pharmaceutique qui explique leur traitement aux patients. Là encore, comme pour le portage des médicaments au domicile, ce sont les infirmières qui sont au premier plan. Elles sont citées par 88% des structures (43% de réponses « infirmières », 42% « infirmières ou médecin », 3% « infirmières ou aides soignantes »). Le médecin est également sollicité pour cette mission, mais rarement seul (42% « infirmières ou médecin » et 6% « médecin »).

Pour les structures sans PUI, nous supposons que lorsque le patient ne peut se rendre à la pharmacie et que le pharmacien ne se rend pas au domicile du patient, c'est la famille qui va chercher les médicaments. C'est donc elle qui détiendra les informations données par le pharmacien et aura la responsabilité de les transmettre ou de les appliquer selon l'état de santé du patient.

Les infirmières ont un rôle primordial dans l'éducation thérapeutique du patient. Elles apprennent au patient comment surveiller leur pathologie. Par exemple, à Grenoble, suite à un partenariat entre les services de cardiologie et le réseau HAD du CHU de Grenoble, un suivi éducatif à domicile a été proposée aux patients insuffisants cardiaques hospitalisés ou vus en consultation. Le suivi éducatif consiste en sept visites de l'infirmier référent au domicile, sur une durée totale de trois semaines. Cet infirmier a un rôle d'éducation du

patient et/ou de son entourage avec apprentissage de l'autosurveillance du poids, de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque. Il apprend au patient les signes d'alerte devant le conduire à consulter son médecin. Les infirmières éduquent les patients concernant la surveillance de la pathologie, les gestes à réaliser (par exemple, autoinjection d'insuline) (34).

Cependant, elles n'ont pas une formation aussi spécialisée que le pharmacien concernant les médicaments. **Le référent concernant le traitement devrait donc rester le pharmacien**, même si les actions éducatives propres au pharmacien ne peuvent s'élaborer que dans la conscience d'appartenir et de collaborer à un réseau pluridisciplinaire et synergique, centré sur le patient en traitement, et constitué de professionnels de santé et de personnes proches gravitant autour de lui (32).

Dans le cadre de l'éducation du patient, les rôles du pharmacien sont multiples :

- soutenir et accompagner les patients,
- expliquer et informer sur la pathologie et ses traitements,
- **promouvoir le bon usage des médicaments :**
 - en termes d'organisation pratique pour la prise effective des médicaments dans les circonstances habituelles quotidiennes, périodiques ou exceptionnelles,
 - en termes d'aide à la performance et à l'autonomie dans la manipulation des formes et dispositifs médicamenteux (patchs, stylos injecteurs, sprays,...),
 - en termes d'aide à l'adaptation, à la maîtrise des prises de médicaments quelles que soient les circonstances.

- intervenir dans la gestion des crises (rechutes, effets secondaires, dépression ou lassitude, évènement affectif ou incidents divers) (32).

De plus, dans le cadre de l'HAD, en étant au lieu de vie du patient, le pharmacien pourrait :

- chercher à savoir ce qui dans l'environnement du malade peut faciliter le traitement ou au contraire constituer une difficulté,
- adapter son discours aux conditions de vie du patient,
- essayer de résoudre avec lui les difficultés rencontrées dans l'intégration du traitement dans la vie de tous les jours,
- vérifier jour après jour, la compréhension et l'adhésion du patient au traitement,
- vérifier l'absence d'effets indésirables pouvant conduire à une mauvaise observance.

Un contact direct pharmacien – patient au domicile du patient semble donc préférable pour une meilleure communication et pour envisager les réalités du domicile et du quotidien.

3.5.4. Durée de délivrance des médicaments :

Dans le cadre d'une structure d'HAD avec PUI, le décret du 26 décembre 2000 indique que la PUI doit effectuer la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles au domicile des patients au moins une fois par jour. La dispensation des médicaments doit donc être journalière. Cependant, seulement 14% des structures d'HAD avec PUI délivre quotidiennement les médicaments au domicile du patient.

Pourtant, cette dispensation quotidienne présente plusieurs avantages :

- le stock de médicament au domicile des patients est limité à ce qui doit être administré dans la journée. Le risque d'erreur médicamenteuse et d'intoxication est ainsi réduit.
- en cas de modification de la prescription, les médicaments qui sont arrêtés ne restent pas au domicile, ce qui permet également de diminuer le risque d'erreur.
- tous les médicaments délivrés sont administrés et la dispensation est plus juste au plan économique.

Pour se mettre en conformité avec cette exigence de la réglementation, étant donné qu'en HAD avec PUI, c'est très souvent l'infirmière qui apporte les médicaments au domicile du patient, une structure nous a expliqué qu'elle disposait de deux piluliers pour chaque patient et préparait les médicaments pour les prises de la journée et du lendemain matin. Le pilulier est emporté par l'infirmière lors de sa visite au patient, et elle récupère à cette occasion le deuxième pilulier vide (qui contenait les médicaments de la veille).

Une des limites à ce mode de fonctionnement est que le patient ne gère pas son traitement lui-même. Il est entièrement dépendant du personnel soignant. Si le pilulier est fourni au patient sans explication, il se peut que le patient ne sache pas quels médicaments il prend et pourquoi.

Une solution pourrait être de conserver le fonctionnement avec les piluliers mais que ce soit un pharmacien ou un préparateur en pharmacie ou un étudiant en pharmacie (sous la responsabilité d'un pharmacien) qui délivre le pilulier au domicile du patient. Le pharmacien pourrait ainsi profiter de ce passage quotidien pour effectuer l'éducation thérapeutique du patient.

Même si la dispensation journalière n'est effectuée que par un faible pourcentage de structures, **une volonté de limitation de la durée de délivrance apparaît**. Plus de la moitié des structures d'HAD avec PUI ne délivrent les médicaments que pour une période de 7 ou 8 jours et seulement 16% délivrent les médicaments pour 28 ou 30 jours ou selon la durée indiquée par le médecin sur l'ordonnance.

Alors qu'en HAD avec PUI, la dispensation des médicaments doit être quotidienne (comme à l'hôpital), **pour les structures d'HAD sans PUI, le décret ne prévoit pas de limitation de la durée de délivrance**. Pourtant, 69% des structures d'HAD sans PUI demandent aux pharmaciens d'officine de ne délivrer les médicaments que pour 7 ou 8 jours et seulement 11% délivrent les médicaments pour 28 jours ou selon la durée indiquée par le médecin sur l'ordonnance. Ces limitations de la durée de délivrance s'entendent bien sûr sans déconditionnement, c'est-à-dire qu'elles ne peuvent concerner que des médicaments présentant un conditionnement adapté. Nous observons donc une **volonté très marquée de limiter les stocks de médicaments présents au domicile du patient**, lorsque c'est possible, même si ce n'est pas une obligation réglementaire.

En effet, il semble logique de ne délivrer les médicaments que pour une durée assez courte, d'une part pour limiter le stock de médicaments au domicile et éviter les erreurs, d'autre part car le traitement peut être soumis à des modifications assez fréquentes, puisque l'HAD concerne des malades atteints de pathologies graves évolutives et/ou instables (4). Un stock important de médicaments au domicile du patient serait inutile, voire même dangereux et engendrerait des pertes économiques pour les structures.

3.5.5. Devenir des médicaments en fin d'HAD (avec PUI) :

Pour les structures d'HAD avec PUI, nous avons demandé ce que deviennent les médicaments lorsque le patient sort de l'HAD, est réhospitalisé ou décède.

- Sortie du patient :

Lorsque l'état de santé du patient ne nécessite plus le maintien de la prise en charge en HAD, il sort de l'HAD et continue ses soins, soit dans une autre structure (SSIAD par exemple), soit en ville.

Nous exprimerons les résultats en pourcentage de cas et non en pourcentage de structures d'HAD comme pour les questions précédentes, car plusieurs structures (33%) ont donné plusieurs propositions à cette question. Ainsi, il apparaît que pour une même structure, le devenir de ces médicaments n'est pas toujours identique. Suivant les cas, le traitement peut être récupéré ou détruit ou laissé au domicile du patient. Certaines structures précisent que cela dépend :

- de l'état des médicaments,
- du type de médicaments : voie d'administration, prix,
- de la poursuite ou non du traitement par le patient.

Le plus souvent (38% des cas), les médicaments sont récupérés et retournés à la PUI en vue d'une utilisation pour d'autres patients. Ce mode de fonctionnement s'explique par une logique économique. En effet, le financement du système de santé est scindé en deux grands postes : l'hôpital et la ville. L'hôpital ne veut donc pas payer les médicaments de patients qui retournent en ville. Ainsi, les médicaments de l'hôpital reviennent à l'hôpital quand le patient n'est plus hospitalisé. A sa sortie d'HAD, le patient aura donc une nouvelle

ordonnance de son médecin traitant et ira chercher son traitement en officine. Cependant, réintégrer dans le stock de la PUI des médicaments qui ont été chez le patient pose des problèmes de sécurité (comment ont-ils été conservé ? risque de contamination microbienne, ...) et des problèmes éthiques.

C'est pourquoi dans une part importante des cas (33%) ces médicaments sont détruits. Les médicaments sont alors perdus et il faut essayer d'avoir un stock minimal au domicile du patient. C'est pour cela que la dispensation quotidienne peut être intéressante.

Seule une structure adresse ces médicaments à une organisation humanitaire.

Dans 27% des cas, ces médicaments sont laissés au domicile du patient. Le patient pourra alors continuer son traitement (s'il n'est pas modifié) avec les médicaments dont il dispose déjà et n'ira chercher à nouveau ces médicaments en officine que lorsque le stock de médicaments sera épuisé. Les médicaments sont donc utilisés (sauf en cas de modification de traitement). Par contre, cela représente quand même une perte économique pour l'hôpital.

Dans tous les cas, il semble intéressant d'informer le médecin traitant de ce qui est fait : médicaments laissés au patient ou non, afin qu'il sache s'il faut qu'il établisse une nouvelle ordonnance.

- Réhospitalisation du patient :

Quand le patient est réhospitalisé, le devenir du stock de médicaments présent à son domicile est modifié. En effet, dans cette situation, la réponse la plus fréquente (52%) est « laissé au domicile du patient » alors qu'elle ne représente que 27% des cas quand le patient sort d'HAD. Les réponses « retourné à la PUI en vue d'une utilisation pour d'autres

patients » et « détruit » ne représentent plus que respectivement 27% et 19% (au lieu de 38% et 33%).

Il semble donc que lors d'une réhospitalisation du patient, les médicaments soient laissés à son domicile en vue d'une utilisation lors du retour à domicile. Pourtant, si l'état de santé du patient nécessite sa réhospitalisation, il est probable qu'à sa sortie son traitement sera, au moins en partie, modifié. Certains médicaments seront alors inutiles et devront être enlevés du domicile.

Dans un cas, le patient emporte ses médicaments lors de sa réhospitalisation. Cette solution peut paraître surprenante, puisqu'à l'hôpital, les médicaments sont généralement dispensés par la PUI. Mais s'il s'agit d'une HAD dépendant de l'établissement de santé dans lequel le patient est réhospitalisé, alors cette solution peut éviter que la PUI ne dispense deux fois les mêmes médicaments au même patient pour la même période. Et cela ne fait pas obstacle à l'article 17 de l'arrêté du 31 mars 1999 qui prévoit que « sauf accord écrit des prescripteurs, il ne devra être mis ou laissé à la disposition des malades aucun médicament en dehors de ceux qui leur auront été prescrits et dispensés dans l'établissement » (8), puisqu'il s'agit bien de médicaments prescrits et dispensés dans l'établissement, simplement dans un autre service. Cependant, il peut y avoir des erreurs liées aux modifications du fonctionnement habituel du service : intégration des médicaments du patient dans le stock du service, oubli d'administration ou administration en double. C'est pourquoi il faut veiller à avoir l'accord du médecin du service et informer correctement le personnel soignant.

Comme pour la question précédente, plusieurs structures (28%) ont donné plusieurs propositions à cette question. Ici encore, le devenir des médicaments dépend :

- de l'état des médicaments,

- du type de médicaments : voie d'administration, prix,
 - mais aussi de la durée prévisible de l'hospitalisation.
-
- Décès du patient :

Enfin, la dernière situation à évoquer est le décès du patient. Le devenir des médicaments est encore différent des deux autres situations. En effet, les médicaments ne sont laissés au domicile du patient que dans 9% des cas. Il semble logique dans cette situation de ne pas laisser les médicaments au domicile puisqu'ils n'auront plus d'utilité, et pourraient même représenter un danger si la famille du patient envisageait de prendre certains de ces médicaments en automédication.

Le plus souvent (44% des cas), ces médicaments sont récupérés et retournés à la PUI en vue d'une utilisation pour d'autres patients, cela permet d'éviter le gaspillage mais avec les problèmes que nous avons déjà évoqués. Dans plus d'un tiers des cas (38%), ces médicaments sont détruits. Enfin, dans 9% des cas seulement, ils sont remis à une association humanitaire. Il semble donc que les PUI travaillent peu avec les associations à but humanitaire et que les médicaments soient très souvent détruits lorsqu'ils ne sont pas réutilisés par la PUI.

Comme pour les deux questions précédentes, plusieurs structures (33%) ont donné plusieurs propositions à cette question. Dans ce cas, lorsque les structures ont donné des précisions, le devenir des médicaments dépend uniquement de leur état.

Dans ces trois situations (sortie d'HAD, réhospitalisation ou décès du patient), il apparaît clairement que plus le stock de médicaments au domicile du patient est important, plus il y a de risque d'erreur d'utilisation par le patient lui-même ou par sa famille et de gaspillage. Il semble donc important de limiter ce stock, et respecter l'obligation de dispensation quotidienne des médicaments (pour les structures avec PUI) permettrait d'y arriver. Par contre, la nécessité d'un passage quotidien d'un pharmacien, préparateur en pharmacie ou étudiant en pharmacie implique de disposer du personnel suffisant pour accomplir cette mission. Or, c'est encore rarement voire jamais le cas.

3.5.6. Pourcentage représenté par le pôle de dépenses pharmacie dans le budget de la structure :

Quelque soit le type de structure (avec ou sans PUI), une volonté forte de limiter la quantité de médicaments présents au domicile du patient apparaît, probablement entre autres pour des raisons économiques. En effet, le traitement des patients étant susceptible d'être modifié fréquemment, il est préférable de ne pas avoir trop de stock au domicile.

Cependant, seul un faible pourcentage de structures connaît le pourcentage représenté par les dépenses pharmaceutiques dans le budget total de l'HAD : seuls 30% des structures d'HAD avec PUI ont répondu à cette question et 48% des structures sans PUI. Certaines structures ne connaissant pas ce pourcentage ont expliqué pourquoi, deux raisons sont citées :

- la T2A n'a été mise en place en HAD que récemment : en janvier 2005. Auparavant, les médicaments n'étaient pas toujours inclus dans le forfait journalier. Les officines facturaient ces médicaments à la CPAM selon le fonctionnement hors hospitalisation.

- la structure est trop récente. Etant donné la volonté actuelle de développer l'HAD, des nouvelles structures ne cessent d'être créées, certaines fonctionnent effectivement depuis peu de temps.

Ainsi, **de nombreuses structures ne savent pas la part représentée par les médicaments dans le budget de l'HAD.** Mais nous remarquons que le pourcentage de réponse est tout de même plus élevé pour les structures sans PUI, comme la limitation de la durée de délivrance au domicile semble plus marquée en HAD sans PUI.

Etant donné le faible taux de réponse à cette question, nous ne pouvons pas dire si le pourcentage représenté par les dépenses pharmaceutiques dans le budget total de l'HAD est plus faible pour les structures avec ou sans PUI. **Nous ne pouvons donc pas savoir si le fonctionnement avec une PUI est plus économique que le fonctionnement sans PUI.** La réponse à cette question nécessiterait une étude plus approfondie.

3.5.7. Chimiothérapies anticancéreuses :

Parmi les structures d'HAD ayant répondu à notre questionnaire, 41% (57% d'HAD avec PUI et 43% d'HAD sans PUI) réalisent des chimiothérapies intraveineuses à domicile. Ce pourcentage apparaît assez faible, alors que la chimiothérapie fait partie des modes de prise en charge en HAD énumérés par le complément de la circulaire du 30 mai 2000.

Le nombre de réponses à la question « quel % d'activité de la structure représente le protocole de prise en charge « chimiothérapie » (protocole principal ou associé) ? » est insuffisant pour être interprété (7 réponses pour les structures avec PUI et 5 réponses pour les structures sans PUI).

Seules 16 structures d'HAD avec PUI et 12 structures d'HAD sans PUI réalisent des chimiothérapies intraveineuses à domicile. Les résultats suivants doivent être envisagés avec précaution puisqu'ils ne se basent que sur les réponses de 13 structures d'HAD avec PUI et 11 structures d'HAD sans PUI. En effet, 3 structures d'HAD avec PUI et 1 structure d'HAD sans PUI ont répondu qu'elles réalisaient des chimiothérapies intraveineuses à domicile, mais n'ont pas complété les questions suivantes.

- Lieu de reconstitution des chimiothérapies anticancéreuses :

En HAD avec PUI, huit structures (61%) indiquent que les chimiothérapies sont reconstituées dans un laboratoire spécialisé. Cela semble conforme avec ce que préconise la circulaire du 22 février 2005 : la préparation et la reconstitution des cytotoxiques doivent être réalisées dans une unité spécifique (3). A ces huit structures s'ajoutent trois structures (23%) pour lesquelles les chimiothérapies sont reconstituées à la PUI. Dans ce cas, nous ne savons pas si la préparation des chimiothérapies est réalisée dans une unité spécifique à l'intérieur de la PUI ou non, mais nous savons au moins que la préparation est centralisée à la PUI. Les locaux où sont réalisées la préparation et le reconstitution des anticancéreux doivent en outre disposer des équipements adaptés : isolateur ou hotte à flux laminaire (3).

La reconstitution des cytotoxiques à domicile est donc pratiquement abandonnée par les structures d'HAD avec PUI (une structure reconstitue les chimiothérapies à domicile systématiquement et une autre occasionnellement selon le protocole soit 16%).

La généralisation de la préparation centralisée des chimiothérapies semble donc effective en HAD avec PUI, ce qui représente une amélioration de la sécurité pour le manipulateur et pour le patient.

En HAD sans PUI, quatre structures (36%) indiquent que les chimiothérapies sont reconstituées dans un laboratoire spécialisé et trois structures (28%) indiquent qu'elles sont reconstituées par une PUI. Les recommandations pour la préparation des chimiothérapies sont donc respectés par près de deux tiers des structures. Cependant, **quatre structures (36%) ont toujours recours à la reconstitution au domicile du patient**. Mais rappelons que, d'une part, la loi qui permet aux PUI de délivrer à d'autres établissements de santé des préparations magistrales, des préparations hospitalières ainsi que des spécialités pharmaceutiques reconstituées est encore assez récente, elle date d'août 2004, d'autre part, si les structures tiennent compte également du décret du 26 décembre 2000, il est alors difficile de savoir ce qu'il est réellement possible de faire ou non. La situation peut donc encore évoluer, mais nécessitera peut être une simplification des textes réglementaires, l'essentiel étant de bien prendre en compte l'intérêt du patient et du manipulateur, notamment en terme de sécurité. La préparation centralisée des chimiothérapies est la meilleure solution pour répondre à ces exigences.

- **Personne réalisant la reconstitution des chimiothérapies anticancéreuses :**

La circulaire du 22 février 2005 prévoit que la préparation des chimiothérapies est réalisée sous la responsabilité d'un pharmacien. Il semble donc que cette mission incombe aux professionnels pharmaceutiques. **En HAD avec PUI, c'est le pharmacien qui reconstitue les chimiothérapies dans 77% des structures. La reconstitution est réalisée par une infirmière uniquement quand elle est faite au domicile des patients (15%).** (Exceptionnellement, c'est-à-dire pour une structure, la reconstitution est réalisée en laboratoire spécialisé par une infirmière). La généralisation de la préparation centralisée des chimiothérapies devrait rendre cette mission uniquement pharmaceutique, d'autant que le

décret du 6 octobre 1989 prévoit que l'infirmière est habilitée à assurer les injections et perfusions au domicile, la reconstitution n'est pas mentionnée stricto sensu et, s'agissant d'une préparation, il n'est pas précisé de qui elle relève (40).

Par contre, **en HAD sans PUI**, même si pour 64% des structures les chimiothérapies sont reconstituées soit en laboratoire spécialisé, soit par une PUI, **c'est une infirmière qui effectue cette reconstitution dans 86% des structures**. Dans ce cas, nous n'observons plus cette corrélation entre préparation à domicile et préparation par une infirmière.

4. Perspectives métier :

Finalement, quelque soit le mode de fonctionnement pharmaceutique de la structure : avec ou sans PUI, le pharmacien a une place et un rôle importants à jouer en HAD.

Les missions du pharmacien sont nombreuses, notamment :

- dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles à domicile
- éducation thérapeutique des patients
- transport des médicaments
- gestion d'éventuels stocks de médicaments destinés à des soins urgents
- aide à la prescription
- formation des autres professionnels de santé intervenant auprès du patient
- lien entre la pharmacie de l'hôpital et les officines de ville

Concernant la dispensation des médicaments, l'analyse et la validation de l'ordonnance sont déjà réalisées conformément au code de déontologie des pharmaciens, mais reste le problème de la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage du médicament. Pour que le patient reçoive effectivement ces informations et conseils, il faut que le pharmacien se rende au domicile du patient, puisque le patient ne peut en général pas se rendre à la pharmacie, en particulier lorsqu'il s'agit d'une pharmacie à usage intérieur. Grâce à des rencontres directes patient – pharmacien, le patient aurait plus facilement la possibilité de poser ses questions éventuelles au pharmacien et le pharmacien pourrait apporter des informations et des conseils personnalisés et adaptés à chaque patient, selon son mode de vie et son environnement.

Le passage du pharmacien au domicile du patient serait l'occasion d'effectuer l'éducation thérapeutique du patient. L'HAD semble particulièrement propice à cette éducation. En effet, à l'hôpital, le malade est à la phase aiguë de la pathologie, il n'est pas dans son cadre de vie, il n'est donc pas disponible pour une éducation. En HAD, il nécessite toujours des soins complexes, mais il est à nouveau à son domicile. L'HAD permet de réaliser un lien entre hospitalisation traditionnelle et retour à domicile et il apparaît favorable de profiter de cette période pour s'assurer que le patient a bien compris les enjeux et les principes de son nouveau traitement. Les autres professionnels de santé intervenant auprès du patient peuvent signaler au pharmacien quel patient bénéficierait le plus d'une éducation au traitement, en fonction de critères thérapeutiques : antivitaminé K, antihypertenseurs, génériques, ... de critères de pathologies : insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, insuffisance rénale, ... et de critères liés au patient : capacité et possibilité d'éducation du patient ou de son entourage. L'éducation thérapeutique serait ainsi réalisée en collaboration et en complémentarité avec les autres professionnels de santé, permettant réellement de rendre le patient plus autonome vis-à-vis de sa pathologie et de ses traitements.

L'emploi d'un pharmacien, pour effectuer la dispensation des médicaments au domicile des patients pris en charge en HAD, permettrait également d'assurer le transport des médicaments. En effet, se pose plus particulièrement le problème du transport des médicaments de la chaîne du froid et des chimiothérapies anticancéreuses (ou cytotoxiques). Ces produits nécessitent des conditions de transports particulières, afin de garantir la sécurité des personnes et la conservation du médicament.

Le pharmacien s'occuperait aussi, le cas échéant, de la gestion des stocks de médicaments destinés à des soins urgents.

Auprès des médecins, le pharmacien a un rôle de conseil, pour aider à la prescription, afin que le patient reçoive le bon médicament au bon moment. En se rendant au domicile du patient, le pharmacien est à même de repérer d'éventuelles contraintes : mode de vie, habitudes du patient, survenue d'effets indésirables, ..., à l'origine d'une inobservance. Il pourrait alors proposer des alternatives pour faciliter la prise effective du traitement par le patient : changement de formes galéniques, changement de classe thérapeutique en cas d'effets indésirables, ...

Le pharmacien a également un rôle de formation des autres professionnels de santé intervenant auprès du patient. Il doit leur permettre de mieux comprendre les thérapeutiques entreprises, les bénéfices attendus, les effets indésirables éventuels, les paramètres cliniques et biologiques à surveiller, tout cela pour améliorer le suivi du patient. Le pharmacien peut aussi avoir à expliquer le fonctionnement de certains dispositifs médicaux comme les aérosols ou les appareils de surveillance de la glycémie.

Enfin, le pharmacien de l'HAD pourrait faire le lien entre l'hôpital et la ville, c'est-à-dire qu'il pourrait informer le pharmacien habituel du patient de sa sortie de l'hospitalisation traditionnelle vers l'HAD, puis de la sortie de l'HAD. Il lui expliquerait les modifications de traitement ainsi que les actions d'éducatrices réalisées durant l'HAD. De même que le médecin coordonnateur se met en relation avec le médecin traitant pour le suivi du patient.

Concernant les structures d'HAD disposant d'une pharmacie à usage intérieur, le pharmacien peut avoir d'autres missions, spécifiques à ce mode de fonctionnement.

Le pharmacien devra élaborer, en collaboration avec des médecins de ville, un livret thérapeutique, régulièrement tenu à jour, qui soit un outil simple et pratique à utiliser,

accessible à la fois au domicile du patient et au cabinet du médecin. La réalisation d'une forme informatisée semble plus délicate, mais beaucoup plus pratique d'utilisation.

Si le médecin n'a pas accès au livret thérapeutique ou qu'il ne s'y conforme pas, le pharmacien pourra lui proposer une alternative avec un médicament disponible à la PUI.

Les apports d'un pharmacien en HAD sont donc nombreux, et concernent le patient directement, mais également indirectement, par interactions entre le pharmacien et les autres professionnels de santé s'occupant de lui. Ces interactions sont précieuses car elles concourent à une prise en charge globale et coordonnée du patient, en tenant compte de tous les aspects de la pathologie.

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : MARJORIE FAURE

TITRE : Hospitalisation à domicile et mise à disposition des médicaments :
enquête auprès de 114 structures d'hospitalisation à domicile en France.

CONCLUSION

L'hospitalisation à domicile connaît depuis 2000 un développement plus rapide. Le nombre de structures ainsi que leur capacité d'accueil augmentent. Ce mode d'hospitalisation va donc occuper une place de plus en plus importante dans notre système de soins.

Le fonctionnement pharmaceutique théorique des structures d'hospitalisation à domicile est régi par le décret du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur. Mais qu'en est-il en pratique ? Comment les structures d'hospitalisation à domicile s'organisent-elles pour la mise à disposition des médicaments pour leurs patients ?

Nous avons réalisé une enquête par questionnaire auprès de 114 structures d'hospitalisation à domicile, afin de connaître les difficultés rencontrées pour l'application du décret du 26 décembre 2000 et les solutions trouvées par certaines structures. Ces questionnaires ont été envoyés par courriel ou voie postale, en mai 2005 ; les items touchent à l'organisation des étapes du circuit du médicament (prescription, dispensation, éducation thérapeutique, gestion de flux).

Les résultats principaux sont les suivants. Le taux de réponse a été de 60%. Dans les structures avec pharmacie à usage intérieur (37/68), l'obligation de dispensation quotidienne des médicaments n'est respectée que par très peu de structures (5/37) et la dispensation n'est pas réalisée dans son intégralité par le pharmacien, puisque ce n'est jamais lui qui apporte les médicaments au domicile du patient. Les conseils associés au traitement sont donc au mieux

transmis par un professionnel de soins non pharmacien (infirmière (31/37) et/ou médecin (17/37)), de même que les réponses aux éventuelles questions du patient concernant son traitement. Dans ce cas, il est difficile de réaliser une éducation thérapeutique du patient.

Dans les structures sans pharmacie à usage intérieur (31/68), la situation est assez proche. Seules quelques structures demandent systématiquement au pharmacien de porter les médicaments au domicile du patient (4/31) et aucune ne demande systématiquement au pharmacien de se rendre au domicile du patient pour l'éducation thérapeutique. Etant donné que le patient ne peut, en général, pas se rendre à la pharmacie, il y a là aussi très souvent un intermédiaire entre le patient et le pharmacien.

Finalement, que la structure d'hospitalisation à domicile dispose ou non d'une pharmacie à usage intérieur, le patient est à son domicile alors que le pharmacien est à la pharmacie. La visite d'un pharmacien à domicile aurait de nombreux avantages, notamment celui de réaliser une éducation thérapeutique du patient. Le pharmacien doit donc s'investir activement dans l'hospitalisation à domicile et les structures devraient peut être employer un pharmacien, dont la mission principale serait d'assurer la dispensation des médicaments au domicile des patients ainsi que l'éducation thérapeutique.

La présence pharmaceutique en hospitalisation à domicile doit être développée pour permettre un fonctionnement pharmaceutique de qualité, au service du patient et conforme à la réglementation. Mais les implications économiques d'une telle organisation ne sont pas encore complètement élucidées.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 13 février 2006

LE DOYEN

P. DEMENGE



LE PRESIDENT DE LA THESE

B. ALLENET

A handwritten signature in black ink, appearing to be "B. Allenet", written over a horizontal line.

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES OFFICIELS :

1. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Complément à la circulaire DH/EO n° 2000-295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile. Bulletin Officiel 2001 ; 2001/1
2. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire DHOS/O n° 2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile. Bulletin Officiel 2004 ; 2004/8.
3. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. Bulletin Officiel 2005 ; 2005/3.
4. Direction des hôpitaux. Circulaire DH/EO/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile. Paris : DH ; 2000.
5. Direction générale de la santé. Circulaire DGS n° 381 du 2 mars 1990 relative à la formation continue des infirmiers participant aux chimiothérapies anticancéreuses. Paris : DGS ; 1990.
6. Direction générale de la santé, Direction des hôpitaux. Circulaire DGS/DH/AFS n° 98-213 du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés. Paris : DGS ; 1998.
7. Annexe de l'arrêté du 20 décembre 2004 fixant les conditions d'utilisation des anticancéreux injectables inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique. Journal Officiel 23 décembre 2004.

8. Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats inter-hospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 591-1 du code de la santé publique. Journal Officiel 1^{er} avril 1999.
9. 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. Journal Officiel 9 mai 1981.
10. Décret n° 89-723 du 6 octobre 1989 modifiant le décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 modifié relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Journal Officiel 7 octobre 1989.
11. Décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique. Journal Officiel 8 octobre 1992.
12. Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 (3°) de ce même code. Journal Officiel 8 octobre 1992.
13. Décret n° 95-284 du 14 mars 1995 portant code de déontologie des pharmaciens et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie: Décrets en Conseil d'Etat). Journal Officiel 16 mars 1995.
14. Décret n° 95-862 du 25 juillet 1995 relatif à la livraison et à la dispensation à domicile des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 512 du code de la santé publique et modifiant ce code (deuxième partie: Décrets en Conseil d'Etat). Journal Officiel 1 août 1995.

15. Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. Journal Officiel 8 septembre 1995.
16. Décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). Journal Officiel 30 décembre 2000.
17. Décret n° 2004-546 du 15 juin 2004 relatif aux catégories de médicaments à prescription restreinte et à la vente de médicaments au public par certains établissements de santé et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). Journal Officiel 16 juin 2004.
18. Décret n° 2005-1135 du 7 septembre 2005 portant codification de certaines dispositions relatives à l'action sociale et médico-sociale et modifiant le code de l'action sociale et des familles (deuxième partie : dispositions réglementaires). Journal Officiel 10 septembre 2005.
19. Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Journal Officiel 3 janvier 1991.
20. Loi n° 92-1279 du 8 décembre 1992 modifiant le livre V du code de la santé publique et relative à la pharmacie et au médicament. Journal Officiel 11 décembre 1992.
21. Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002. Journal Officiel 26 décembre 2001.
22. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel 5 mars 2002.
23. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal Officiel 11 août 2004.
24. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal Officiel 17 août 2004.

25. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. Journal Officiel 6 septembre 2003.

ARTICLES :

26. ACKET V. Le maintien à domicile. *Monit. pharm. lab.* 2002 ; 2445 : 2-3.

27. BRESSE S. Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002. *Dress Etudes et Résultats* 2004 ; 350.

28. CHIRAC J. Lettre du Président de la République, M. Jacques Chirac. *Le Bulletin de la FNEHAD* 2004 ; 35 : 3-4.

29. CONSEIL CENTRAL DE LA SECTION D DE L'ORDRE DES PHARMACIENS. Analyse des missions des pharmacies à usage intérieur. *Les nouvelles pharmaceutiques* 2001 ; 209 : 12-14.

30. CONSEIL CENTRAL DE LA SECTION D DE L'ORDRE DES PHARMACIENS. Absence de pharmacie à usage intérieur dans l'établissement. *Les nouvelles pharmaceutiques* 2001 ; 211 : 9-10.

31. COUSTEIX P-J. Ouverture de la journée par le Dr Pierre-Jean Cousteix, Président de la FNEHAD. *Le Bulletin de la FNEHAD* 2004 ; 35 : 4-8.

32. JACQUEMET S., CERTAIN A. Education thérapeutique du patient : rôles du pharmacien. *Bull. Ordre pharm.* 2000 ; 367 : 269-275.

33. MALLITI M., MADELAINE I., FAURE P. Passage en ville des anticancéreux, particularités et cas pratiques. *Bull. Ordre pharm.* 2004 ; 383 : 257-263.

34. NICOLAS L., TRANCHANT L., NEUDER Y., VELASQUEZ R., MALLION J-M., FRANCO A. Hospitalisation à domicile et Gériatrie : le réseau insuffisance cardiaque. *Rev. gériatr.* 2004 ; **29** : 789-796.
35. PATTE R. Prescrire une hospitalisation à domicile en élaborant un « projet thérapeutique ». *Presse Méd* 2001 ; 30(22) : 1109-1114.
36. SCHMITT E., LOCHER F. Cadre juridique du circuit du médicament en milieu hospitalier consécutif à l'arrêté du 31 mars 1999. *Bull. Ordre pharm.* 1999 ; 364 : 427-447.
37. SILVAN F. Huit ans pour un décret ! *Monit. pharm. lab.* 2001 ; 2381 : 8-9.

OUVRAGES :

38. DUBOST E. *L'hospitalisation à domicile*, Michel Servet, Lyon, 2002.
39. CALOP J., BRION F. *Guide pédagogique des fonctions hospitalières de pharmacie clinique*, 2^{ème} édition.

CONSENSUS :

40. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile. Paris : Anaes ; 2003.

SITES INTERNET :

41. Code de la santé publique sur le site Légifrance :
<http://www.legifrance.gouv.fr/> - décembre 2005

42. Dossier rétrocession sur le site de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé :

<http://afssaps.sante.fr/htm/3/indretr.htm> - décembre 2005

43. Fiche thématique : Organisation du circuit du médicament en établissement de santé sur le site de la haute autorité de santé :

<http://www.anaes.fr/anaes/anaesparametrage.nsf/HomePage?ReadForm> - septembre 2005

44. Médicaments : prescription restreinte et rétrocession au public par certains établissements de santé sur le site du ministère de la santé et des solidarités :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/retrocession/sommaire.htm> - décembre 2005

45. Réseaux de santé sur le site de l'union régionale des caisses d'assurance maladie :

<http://www.rhone-alpes.assurance-maladie.fr/1665.0.html> - novembre 2005

ANNEXES

Annexe 1 : questionnaire HAD avec PUI :

Tout d'abord merci de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire.
Cochez les réponses exactes et retournez le questionnaire par fax au 04.76.76.56.33 ou par courrier à :
Marjorie Faure 21, Bd Gambetta 38000 Grenoble

HAD avec PUI

Présentation de votre structure d'HAD :

Ville :

Nombre de places :

Type de structure :

Publique PSPH Privée à but non lucratif Privée à but lucratif

1. Combien de références sont inscrites au livret thérapeutique ?

2. Le médecin traitant est-il informé du mode de dispensation des médicaments en HAD ?
Oui Non

3. A-t-il connaissance du livret thérapeutique ?
Oui Non

4. Prescrit-il uniquement des médicaments de ce livret ?
Oui Non

4.1. Si oui, cela est-il une limite à l'acceptation de l'HAD par le médecin traitant ?
Oui Non

4.2. Si non, en général les médicaments prescrits et non au livret sont-ils remplacés par un équivalent ?
Oui Non

Si oui, par qui ?

Si non, comment les obtient-on ?

- la PUI s'approvisionne spécialement pour le patient
- ces médicaments sont fournis par une officine de ville
 - o choisie par le patient
 - o choisie par l'HAD
- autre : précisez

5. Les médicaments prescrits et inscrits au livret thérapeutique sont-ils tous dispensés par la PUI ?

Oui Non

Si non, lesquels ne sont pas dispensés par la PUI ?

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

Pourquoi ?
.....
.....
.....

6. Qui apporte l'ordonnance à la PUI ?
Qui rapporte les médicaments chez le patient ?
Quel est le délai moyen entre la prescription et le début du traitement (en dehors des urgences) ?

7. Qui apporte l'ordonnance à l'officine ou autre pour les médicaments ne sont pas délivrés par la PUI ?
Qui rapporte les médicaments chez le patient ?
Quel est le délai moyen entre la prescription et le début du traitement ?

8. Qui fournit les médicaments urgents (pendant les heures d'ouverture de la PUI) ?
- PUI
- Officine de ville
- Autre : précisez

9. Qui fournit les médicaments les nuits, week-end et jours fériés ?
- PUI
- Officine de ville
- Autre : précisez

10. Les médicaments sont-ils délivrés :
- quotidiennement au domicile du patient ?
- pour une durée de jours ?

11. Que fait-on des médicaments quand le patient sort de l'HAD ?
- laissés au domicile du patient
- donnés à une association humanitaire
- retournés à la PUI puis utilisés pour d'autres patients
- détruits
- autre : précisez

12. Que fait-on des médicaments quand le patient est réhospitalisé ?
- laissés au domicile du patient
- donnés à une association humanitaire
- retournés à la PUI puis utilisés pour d'autres patients
- détruits
- autre : précisez

13. Que fait-on des médicaments quand le patient décède ?
- laissés au domicile du patient
- donnés à une association humanitaire
- retournés à la PUI puis utilisés pour d'autres patients
- détruits
- autre : précisez

14. Le patient (ou sa famille) voit-il pour l'éducation thérapeutique

- un pharmacien ? Oui Non
- un interne en pharmacie ? Oui Non
- un externe en pharmacie ? Oui Non
- un préparateur en pharmacie ? Oui Non

Si non, qui explique leur traitement aux patients ?

15. L'HAD réalise-t-elle des chimiothérapies intraveineuses à domicile ?

Oui Non

Si oui, quel % d'activité de la structure représente le protocole de prise en charge « chimiothérapie » (protocole principal ou associé) ?

16. Les chimiothérapies sont-elles reconstituées :

- à domicile ?
- en laboratoire spécialisé ?
- dans les locaux de l'HAD ?
- par un pharmacien ?
- par une infirmière ?
- autre : précisez

17. Quel % représente le pôle de dépense pharmacie dans le budget de l'HAD ?

Merci de préciser qui a complété ce questionnaire ?

- directeur
- médecin
- pharmacien
- cadre infirmier
- infirmière
- autre : précisez

Annexe 2 : questionnaire HAD sans PUI :

Tout d'abord merci de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire.
Cochez les réponses exactes et retournez le questionnaire par fax au 04.76.76.56.33 ou par courrier à :
Marjorie Faure 21, Bd Gambetta 38000 Grenoble

HAD sans PUI

Présentation de votre structure d'HAD :

Ville :

Nombre de places :

Type de structure :

- Publique
- PSPH
- Privée à but non lucratif
- Privée à but lucratif

1. Le médecin traitant est-il informé du mode de dispensation des médicaments en HAD ?

Oui Non

2. L'officine est-elle choisie :

- par le patient ?
- par l'HAD ?

Dans ce cas, selon quels critères ?

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

3. Quelles sont les conditions pour qu'une officine puisse travailler avec l'HAD ?

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

4. Arrive-t-il qu'une officine refuse de travailler avec l'HAD ?

Oui Non

Si oui, pour quelles raisons ?

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

5. Pour combien de temps les médicaments sont-ils délivrés ?

6. Le pharmacien (ou son personnel) doit-il porter les médicaments au domicile du patient ?

Oui toujours Oui si l'état du patient le nécessite Non

7. Le pharmacien va-t-il au domicile des patients pour l'éducation thérapeutique ?
Oui toujours Oui si demande du patient ou de la famille Non

8. Les médicaments disponibles en ville sont-ils tous dispensés par une officine ?
Oui Non

Si non, lesquels ne sont pas dispensés par une officine ? Pourquoi ?.....
.....
.....
.....
.....

9. Les médicaments de la réserve hospitalière sont-ils achetés ?

- auprès du fabricant ?
Avec combien de fabricants l'HAD travaille-t-elle ?
- Quel est le délai moyen de livraison ?
- auprès d'une pharmacie hospitalière ?
Quel est le délai d'obtention ?
- autre, précisez :

10. Comment sont fixés les prix des médicaments réservés à l'hôpital ?

11. Ces produits sont-ils achetés :

- pour chaque patient à chaque ordonnance ?
- pour plusieurs patients potentiels ?

12. Ces produits sont-ils stockés à l'HAD ?

Oui Non

Si oui, pour quelles raisons ?

- diminuer le délai de livraison au patient
- diminuer le coût
- diminuer le nombre de commandes
- autre, précisez :

13. Avez-vous envisagé de créer une PUI ?

Oui Non

Pourquoi ?

14. L'HAD réalise-t-elle des chimiothérapies intraveineuses à domicile ?

Oui Non

Si oui, quel % d'activité de la structure représente le protocole de prise en charge « chimiothérapie » (protocole principal ou associé) ?

15. Les chimiothérapies sont-elles reconstituées :

- à domicile ?
- en laboratoire spécialisé ?
- dans les locaux de l'HAD ?
- par un pharmacien ?
- par une infirmière ?
- autre : précisez

16. Quel % représente le pôle de dépense pharmacie dans le budget de l'HAD ?

Merci de préciser qui a complété ce questionnaire ?

- directeur
- médecin
- pharmacien
- cadre infirmier
- infirmière
- autre : précisez

Annexe 3 : lettre d'accompagnement :

Marjorie FAURE
Externe en pharmacie
21, boulevard Gambetta
38000 Grenoble
Tél : 06.70.92.18.49
Fax : 04.76.76.56.33
Email : marjorie.faure@free.fr

Grenoble, le 10 mai 2005

Madame, Monsieur,

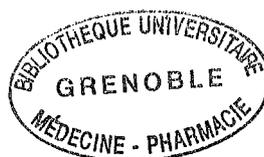
Je suis étudiante en cinquième année de pharmacie à Grenoble. Au cours de cette année hospitalo-universitaire, j'ai eu la chance d'effectuer un stage de trois mois au sein du service d'hospitalisation à domicile. J'ai ainsi pu me rendre compte des particularités de ce service et des spécificités du domicile. Je me suis intéressée plus précisément au circuit du médicament, qui m'a semblé assez complexe.

Actuellement, j'envisage de faire ma thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en pharmacie sur le circuit du médicament dans les différentes HAD de France. Je souhaiterais réaliser une étude comparant les organisations pour la dispensation du médicament.

Pour ce faire, j'ai établi avec l'aide du Dr Lydie Nicolas, médecin responsable de l'HAD de Grenoble, un questionnaire retraçant les principales étapes de ce circuit. Je vous serais infiniment reconnaissante de prendre un peu de votre temps précieux pour le remplir. Il s'agit en fait de deux questionnaires, un pour les HAD disposant d'une pharmacie à usage intérieur ou de la PUI de l'établissement de santé dont elles dépendent et un pour les HAD ne disposant pas de PUI. N'hésitez pas à ajouter toutes les remarques et explications que vous jugerez utiles. Vous pouvez répondre au questionnaire directement sur internet à l'adresse <http://marjorie.faure.free.fr> ou par fax ou courrier.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à ma demande et vous prie de croire à l'expression de ma très haute considération.

Marjorie FAURE.





Serment des Apothicaïres

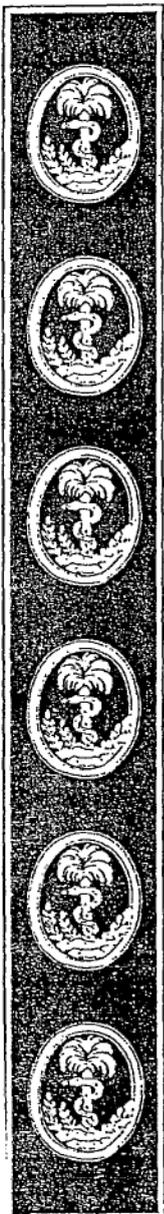
Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

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.



FAURE Marjorie.

Hospitalisation à domicile et mise à disposition des médicaments :
enquête auprès de 114 structures d'hospitalisation à domicile en France.

RESUME :

L'hospitalisation à domicile est une alternative à l'hospitalisation traditionnelle. Depuis 2000, le nombre de structures d'hospitalisation à domicile et leur capacité d'accueil augmentent plus rapidement. Le fonctionnement pharmaceutique théorique de ces structures est régi par le décret du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur. Mais qu'en est-il en pratique ? Nous avons voulu par une étude descriptive basée sur deux questionnaires connaître les difficultés rencontrées pour l'application de ce décret et les solutions trouvées par certaines structures. Cette étude montre que le fonctionnement pharmaceutique de ces structures est le plus souvent en désaccord avec les obligations réglementaires. Le principal problème est l'absence de rencontre directe patient – pharmacien. Pour y remédier, il faudrait qu'un pharmacien puisse se rendre au domicile des patients, ce qui implique de développer la présence pharmaceutique au sein des structures d'hospitalisation à domicile.

MOTS CLES :

Hospitalisation à domicile
Pharmacie à usage intérieur
Dispensation
Médicaments

COMPOSITION DU JURY :

Président du jury : Monsieur le Docteur B. ALLENET

Membres : Madame le Docteur L. NICOLAS

Madame le Docteur D. CHARLETY

Monsieur le Docteur P. ROUSSEL

DATE DE SOUTENANCE : 14 mars 2006 -

ADRESSE DE L'AUTEUR : *[Données à caractère personnel]*