



HAL
open science

Dispensation des produits pharmaceutiques dans le service d'hospitalisation à domicile de l'hôpital de Gap dans les Hautes-Alpes

Isabelle Crubezy

► **To cite this version:**

Isabelle Crubezy. Dispensation des produits pharmaceutiques dans le service d'hospitalisation à domicile de l'hôpital de Gap dans les Hautes-Alpes. Sciences pharmaceutiques. 2019. dumas-02173090

HAL Id: dumas-02173090

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02173090v1>

Submitted on 4 Jul 2019

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.

MÉMOIRE
DU DIPLÔME D'ÉTUDES SPECIALISÉES DE
PHARMACIE
OPTION PHARMACIE HOSPITALIÈRE - PRATIQUE
ET RECHERCHE

Soutenu le 27 Juin 2019

Par Mlle Isabelle CRUBEZY
Né(e) le 3 Avril 1990

Conformément aux dispositions de l'Arrêté du 04 octobre 1988
tenant lieu de

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
PHARMACIE

----oOo----

**DISPENSATION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES DANS LE
SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE DE L'HOPITAL DE
GAP DANS LES HAUTES-ALPES**

----oOo----

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Stéphane HONORE

Membres : Madame le Docteur Geraldine LEGUELINEL

Madame le Docteur Sophie GENSOLLEN (directrice de thèse)

Madame le Docteur Claire MAGNALDI

Membre invité : Monsieur le Professeur Benjamin GUILLET

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

Doyen : Mme Françoise DIGNAT-GEORGE

Vice-Doyens : M. Jean-Paul BORG, M. François DEVRED, M. Pascal RATHÉLOT

Chargés de Mission : Mme Pascal BARBIER, M. David BERGE-LEFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, Mme Frédérique GRIMALDI

Conseiller du Doyen : M. Patrice VANELLE

Doyens honoraires : M. Jacques REYNAUD, M. Pierre TIMON-DAVID, M. Patrice VANELLE

Professeurs émérites : M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Jean-Pierre REYNIER, M. Henri PORTUGAL

Professeurs honoraires : M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIER, M. Aimé CREVAT, M. Bernard CRISTAU, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. José MALDONADO, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI

Chef des Services Administratifs : Mme Florence GAUREL

Chef de Cabinet : Mme Aurélie BELENGUER

Responsable de la Scolarité : Mme Nathalie BESNARD

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE	M. Vincent PEYROT M. Hervé KOVACIC
GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE	M. Christophe DUBOIS
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIQUE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETIQUE	M. Philippe PICCERELLE

M A I T R E S D E C O N F E R E N C E S

BIOP HYSIQUE	M. Robert GILL I Mm e Odile RIME T-GAS PAR INI Mm e Pascale BARBIER M. François DEVR ED Mme Manon CA RRE M. Gilles BR EUZAR D Mm e Al essan dra PAGAN O
GENIE GEN ETIQ UE ET BIOTECH NOLO GIE	M. Eric SER EE-PAC HA Mm e Véro nique REY -BOURGAR EL
PHAR MACIE GAL EN IQ UE , PHARMA COT ECHNIE INDU STR IE LLE , BIOP HARMA CIE ET CO SME TOLOGIE	M. Pascal PRINDERRE M. Emmanuel CAUTURE Mm e Véro nique ANDR IEU Mm e Marie -Pierre SA VELLI
NUTRIT ION ET DIET ETIQ UE	M. Léop old TCHIAP E

A .H.U .

THERAPIE CELLULA IRE	M. Jérémy MAGALON
----------------------	-------------------

EN SEI GN AN TS CO N TR A C T U ELS

ANGL AIS	Mm e An gélique GOODWIN
----------	-------------------------

DE PARTE M ENT BIOLOGIE PH ARM ACE UTI QUE

Resp on sable : Pr ofesse ur Philippe CHAR PIOT

PR OFESSE URS

BIOC HIMIE FONDAM ENTALE , MOLECU LAIRE ET CL INIQU E	M. Philippe CHAR PIOT
BIOL OGIE CELLU LAIRE	M. Jean -Paul BORG
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mm e Fran çoise DIG NAT -GEORGE Mm e Laurence CAMO IN -JAU Mm e Florence SA BAT IER -MA LATE RRE Mm e Nathalie BARDIN
MICR OBIOLOGIE	M. Jean -Marc ROLAIN M. Philippe COLS ON
PAR ASITO LOGIE ET MYCOLOGIE ME DICA LE , HYGIENE ET ZOO LOGIE	Mm e Nadine AZAS -KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE , MOLECULAIRE ET CLINIQUE	Mme Dominique JOURDHEUIL -RAHMANI M. Thierry AUGIER M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Aurélie LEROYER M. Romaric LACROIX Mme Sylvie COINTE
MICROBIOLOGIE	Mme Michèle LAGET M. Michel DE MEO Mme Anne DAVIN -REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD M. Seydina Mouhamadou DINE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	M. Maxime LOYENS
----------------------------	------------------

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VAN ELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE - PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Philippe GALICE
CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE - CHIMIE THERAPEUTIQUE	M. Pascal RATHÉLOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VAN ELLE M. Thierry TERME
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE	Mme Evelyne OLLIVIER

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne FAVEL Mme Joëlle MOULIN-TRAFORT
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD Mme Camille DESGROUAS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGÉ-LEFRANC M. Pierre REBOILLON
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Sandrine FRANCO-ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA Mme Manon ROCHE
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE	M. Am and GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE	M. Riad ELIAS Mme Valérie MAHIOU-LEDDET Mme Sok Siya BUN Mme Béatrice BAGHDIKIAN

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M. A. S. T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Anne-Marie PENET-LOREC
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Cyril PUJOL
DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE	M. Marc LAMBERT
GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMACIE	Mme Félicia FERREIRA

A.H.U.

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	M. Mathieu CERINO
--	-------------------

ATER

CHIMIE ANALYTIQUE	M. Charles DESMARCHÈRE
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Fan ny MATHIAS

DE PART E M ENT M EDI C A M ENT ET SECURITE SANITAI RE
Responsable : Pr ofesse ur Benjamin GUILLET

PR OFESSE UR S

PHAR MACIE CLINIQU E	Mm e Diane BRAGUER M. St éphan e HONORÉ
PHAR MACODYNAM IE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE GENERAL E	M. Bruno LACA RELLE
TOXICOLOGIE DE L'EN VIRONNEMENT	Mm e Fréd érique GRIMALDI

M AI TRE S DE CO N FEREN CES

PHAR MACODYNAM IE	M. Guillaume HACHE Mm e Ah lem BOUHLE L M. Philippe GAR RIGUE
PHYSIO LOGIE	Mm e Sylvia ne LO RTET Mm e Emm an uelle MA NOS-SA MPO L
TOXICO CINETIQU E ET PHAR MACO CIN ETIQ UE	M. Joseph CICC OLINI Mm e Rap haëlle FANC IULL IN O Mm e Flo rence GATTAC ECCA
TOXICOLOGIE GENERAL E ET PHAR MACIE CL IN IQ UE	M. Pierre-Henri VILLAR D Mm e Car oline SOLAS-CHE SNEAU Mm e Marie -Anne ESTE VE

A.H.U.

PHAR MACIE CLINIQU E	M. Florian CORREAR D
PHAR MACO CINETIQU E	Mm e Nad ège NEANT

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Marie-Hélène BERTOCCIO, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire

Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DRSM de l'Assurance Maladie

Mme Clémence TABELE, Pharmacien-Praticien attaché

Mme TONNEAU-PFUG, Pharmacien adjoint

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 22 février 2018

Remerciements

Aux membres de ce Jury, merci de me faire l'honneur d'être présents ce jour pour juger mon travail devant ma famille et mes amis.

A Monsieur le **Professeur Stéphane Honoré**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Vous participez au développement de la pharmacie clinique, pratique que j'ai eu la chance de découvrir durant mon internat. Veuillez recevoir le témoignage de ma respectueuse considération.

A Monsieur le **Professeur Benjamin Guillet**

Vous me faites l'honneur de siéger dans mon jury de thèse et de juger ce travail. J'en suis très honorée et je vous en remercie.

A Madame le **Docteur Geraldine Leguelinel**

Vous avez accepté de juger ce travail. Je vous remercie infiniment pour vos conseils lors de mon semestre à Nîmes et pour m'avoir fait découvrir avec votre équipe la pharmacie clinique au plus près des patients,

A Madame le **Docteur Sophie Gensollen**

Vous avez accepté de diriger ce travail qui clôture ces belles années d'étude. Je vous remercie pour tous vos conseils et vos relectures patientes dans un timing souvent serré. Ce fut un plaisir de vous retrouver après mon stage de troisième semestre dans votre équipe.

A Madame le **Docteur Claire Magnaldi**

Merci d'avoir accepté de juger ce travail et de m'avoir accompagnée tout au long de ce projet. Merci pour ta disponibilité au quotidien durant mes deux semestres passés à tes côtés dans la PUI de Gap.

A toutes les personnes et pharmaciens qui ont participé à ma formation,

A mes cinq premières années d'études à la faculté de Bordeaux, depuis mon quartier et mes premières initiations à la pharmacie avec le Docteur Castagne et le Docteur Orenes et son équipe jusqu'aux Antilles avec le Docteur Copaver qui m'a accueillie dans son équipe et dans sa famille pendant mes deux mois de stage de deuxième année en Guadeloupe.

A mon internat dans le Sud, merci pour ces supers années et ce n'est pas fini.

Merci à l'équipe de Castelluccio qui m'a accueillie pour un super premier semestre sur l'île de beauté.

Merci à l'équipe de Gap et Sisteron d'avoir guidé mes premiers pas d'interne dans une PUI pour mon deuxième semestre et de m'avoir permis de réaliser ma thèse et me réapproprier les différentes activités de la PUI pour mon septième semestre au sein d'une équipe conviviale.

Merci à l'équipe de la Conception pour m'avoir accueillie au CHU, la découverte de la néphrologie et des néphrologues, très bons pharmacologues, a été très enrichissante.

La Med Po de Carémeau, découvrir la vie d'un service hospitalier avec une super équipe comme la vôtre n'a été que du bonheur et très riche pour ma formation. Merci à toute l'équipe

A l'équipe du SCOP et à la découverte d'un nouveau monde qui m'a amenée à m'intéresser à la médico économie.

A l'équipe du CRPV de Marseille où l'approche de la pharmacovigilance avec une équipe mixte de médecins et de pharmaciens est très enrichissante.

A mes co-internes de pharmacie, Dimitri, Fanny, Laure, Clara, Romain, Robin, Alex, Joris, Consti, Camille, Célia et à tous les autres.

A toutes les autres personnes qui m'ont aidée pour réaliser cette thèse. A Marseille, Madame Loubet qui s'occupe avec une très grande gentillesse de la partie administrative depuis le premier semestre d'internat, Monsieur Hamaide pour la bibliographie. A Gap, avec l'équipe de la pharmacie et l'équipe de l'HAD pour son accueil, son dynamisme. Faire cette thèse avec vous n'a été que du plaisir. Au Docteur Sarlon et à Madame Mersnard pour leur aide. A tous les patient(e)s et infirmier(e)s qui ont répondu aux questionnaires.

A mes amis

Les premiers pas dans la cours de récréation avec vous Cléclé, Lolotte et Maé c'est toujours bon de se retrouver pour en rigoler.

A Mary, Marine et Perle à cette amitié si précieuse qui est née au collège et qui me fera revenir dans le Sud-Ouest.

A Virginie, Anne-Laure, Emilie, Marine, Claire et Liana pour les années de fac à Bordeaux et au plaisir de se voir entre Paris, Lyon, Genève et La Guadeloupe.

A toutes les personnes rencontrées durant l'internat

Mon deuxième semestre dans les Alpes à l'hôpital de Gap. De belles rencontres Charlotte, Steph, Arthur, Vincent, Lili, Amaëlle.

Une arrivée à Marseille au CHU et à l'internat de la Timone, Fanny, Caro, Astrid, Débo, Anna, Margaux, Consti, Noureddine, Toby, Tristan, Samy, Gildas et à toutes les personnes que j'ai rencontrées dans cet internat.

A Charlotte, Lisa, Marjorie et Mathilde au plaisir de vous retrouver pour rigoler des six mois passés en méd po.

A ces cinq mois particuliers de l'été 2017, au personnel hospitalier, à Karolina, Omar et Martine. Merci d'avoir été là.

A tous mes colocataires de Marseille à Gap la vie ensemble a toujours été douce et agréable Fanny, Steph, Anne-Laure, Guillaume, Astrid, Arthur, Charlotte, Blandine, Mathieu, Romain.

A Cathy, entre les amis et la famille, merci pour ta gentillesse depuis toutes ces années.

A ma famille

A mes parents qui nous ont toujours laissé faire ce que l'on aimait, ma maman pour sa tendresse au quotidien, mon papa qui a passé des heures à corriger nos devoirs.

A mes deux sœurs chéries, vous m'ouvrez les yeux sur des mondes extraordinaires.

A ma grand-mère et à tous les Saints qu'elle prie quotidiennement pour ses huit petits-enfants.

MERCI

« L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. »

Table des matières

Liste des abréviations	3
Listes des figures	5
Liste des tableaux	6
Introduction.....	7
I. Contexte de l’HAD	9
I.1. Définition :	10
I.2. Statut juridique et textes réglementaires qui régissent l’HAD :.....	10
I.3. Evolution des structures d’HAD :.....	11
I.4. L’HAD de Gap :	13
I.5. Profil des soins dispensés par l’HAD de Gap :	14
II. Circuit des produits pharmaceutiques au sein d’un service d’HAD	16
II.1. Les étapes, les acteurs :.....	17
II.1.1. Prescriptions :.....	18
II.1.2. Dispensation :.....	19
II.1.2.1 Définition :	19
II.1.2.2 Réglementation :.....	19
II.1.2.3 Au sein du service de Gap :.....	19
II.1.3. Stockage dans le service d’HAD et transport :	21
II.1.4. Stockage au domicile des patients :	22
II.1.5. Administration :.....	22
II.1.6. Retour des produits pharmaceutiques :	23
II.2. Spécificités administratives et facturation :	24
III. Evaluation de l’efficience de la dispensation des produits pharmaceutiques au sein de l’HAD de Gap.....	26
III.1. Enquête téléphonique sur la qualité de la dispensation auprès des IDEL et des patients :	27
III.1.1. Objectif :	28
III.1.2. Matériel et Méthode :	28
III.1.3. Résultats :.....	30
III.1.3.1 Description de la population de l’étude :.....	30
III.1.3.2 Réponses aux questionnaires :.....	32
III.2. Performance de la délivrance des produits pharmaceutiques :.....	37
III.2.1. Objectif :	37
III.2.2. Matériel et Méthode :	37
III.2.3 Résultats :.....	38

III.3. Discussion :	41
III.3.1. Prescription :	41
III.3.2. Dispensation :	44
III.3.3. Stockage au domicile des patients :	48
III.3.4. Administration et traçabilité :	49
III.3.5. Retours :	50
III.3.6. Continuité des soins :	52
III.3.7. Suivi, réévaluation et communication :	55
III.3.8. Satisfactions des patients et des IDEL vis-à-vis de la prise en charge médicamenteuse offert par l'HAD :	56
III.3.9. Forces et faiblesses du travail :	56
III.4. Perspectives :	57
III.5. Synthèse des propositions d'actions et d'études à mettre en place :	58
III.5.1. Actions :	58
III.5.2. Etudes complémentaires pour améliorer la dispensation :	59
Conclusion	60
Bibliographie	61
Annexes	66

Liste des abréviations

AP-HM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aides-Soignantes

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation

CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficienc e des Soins

CHICAS : Centre Hospitalier Inter Communal des Alpes du Sud

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSP : Code de la Santé Publique

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DIM : Département de l'Information Médicale

DM : Dispositif Médical

DPI : Dossier Patient Informatisé

DROM : Département et Région d'Outre-Mer

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETP : Equivalent Temps Plein

FICHCOMP : FICHiers COMPlémentaires

FNEHAD : Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patients Santé Territoire

IDEC : Infirmier Diplômé d'Etat Coordonnateur

IDEL : Infirmier Diplômé d'Etat Libéral

IPAQSS : Indicateur pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

IQSS : Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins

IV : Intra Veineux

LPP : Liste des Produits et Prestations

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

ONFV : Observatoire National de la Fin de Vie

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PPH : Préparateur en Pharmacie Hospitalière

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit

SB : Si Besoin

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

Listes des figures

Figure 1 :	Nombre de patients et de séjours en HAD en France métropolitaine et Département et Région d'Outre-Mer (DROM)	11
Figure 2 :	Nombre moyen de patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants en 2017	12
Figure 3 :	Territoire couvert par l'HAD de Gap	13
Figure 4 :	Exemple de plan de soins de l'HAD de Gap	23
Figure 5 :	Mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des médicaments	33
Figure 6 :	Information de la nécessité de réaliser une traçabilité des administrations des médicaments.....	34
Figure 7 :	Réalisation de la traçabilité par les IDEL.....	34
Figure 8 :	Satisfaction des patients et des IDEL concernant le stockage des produits pharmaceutiques au domicile des patients.....	36
Figure 9 :	Appréciation de la prise en charge médicamenteuse par l'HAD.....	36
Figure 10 :	Nombre de lignes enregistrées sur l'année 2018 pour le service d'HAD.....	38
Figure 11 :	Répartition des produits pharmaceutiques des lignes enregistrées.....	38
Figure 12 :	Nombre d'unités délivrées et retournées sur l'année 2018 pour le service d'HAD.....	39
Figure 13 :	Coût des unités enregistrées sur l'année 2018 pour le service d'HAD.....	40
Figure 14 :	Proportion des coûts de produits pharmaceutiques dispensés par la ville et par l'hôpital.....	41
Figure 15 :	Exemple protocole anticipé de l'HAD de Gap.....	44

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Principaux modes de prise en charge en HAD	14
Tableau 2 :	Equipe d'HAD de Gap ainsi que les Equivalents Temps Pleins (ETP)	17
Tableau 3 :	Niveau d'analyse en pharmacie clinique selon la SFPC	20
Tableau 4 :	Caractéristiques des patients inclus, n=60	31
Tableau 5 :	Mode de prise en charge principal des patients	32
Tableau 6 :	Caractéristiques des produits pharmaceutiques manquant au domicile du patient	35

Introduction

Les apothicaires, précurseurs des pharmaciens, étaient responsables au Moyen Age de la dispensation qui désignait alors les premiers gestes pharmaceutiques précédant la mixtion voire la cuisson des drogues (1). De nos jours, la dispensation telle qu'elle est définie par le Code de la Santé Publique (CSP) comporte trois actes : l'analyse pharmaceutique, la préparation des médicaments et les conseils et informations nécessaires au bon usage des médicaments. Le pharmacien est le responsable de la dispensation des médicaments que ce soit en officine ou en Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) (2).

La dispensation des médicaments par le service d'Hospitalisation à Domicile (HAD) de l'hôpital de Gap qui a ouvert en décembre 2016 (3) a été l'occasion de découvrir un mode de dispensation particulier. En effet, l'HAD est un mode de prise en charge original car il permet au patient de bénéficier à son domicile d'une qualité et d'une sécurité des soins semblables à celles d'une hospitalisation conventionnelle avec hébergement. La Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD) précise dans sa définition de l'HAD que « *...les soins délivrés en hospitalisation à domicile se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par leur complexité, leur durée et la fréquence des actes.* » (4). Ces actes nécessitent bien souvent des produits pharmaceutiques : médicaments et/ou Dispositifs Médicaux (DM). Devant cette prise en charge originale nous pouvons nous demander, où se trouve la salle de soins qui met à disposition les produits pharmaceutiques nécessaires à la réalisation des soins? D'ailleurs, le Docteur Charlotte Salat signale dans sa thèse, soutenue en octobre 2018, que « *la situation de difficulté logistique la plus relevée par les médecins généralistes était celle de la délivrance des médicaments* » (5).

L'objectif de ce mémoire est de dresser un premier état des lieux de la dispensation des produits pharmaceutiques par l'HAD de Gap. Après une première partie qui présente l'HAD en France, et à Gap nous aborderons, dans un deuxième temps le circuit des produits pharmaceutiques au sein d'un service d'HAD et plus particulièrement celui de Gap. Puis, dans une troisième partie nous appréhenderons la dispensation des médicaments et des DM à travers deux problématiques. La première, en rapport avec la satisfaction des utilisateurs, a été réalisée par enquête téléphonique auprès des Infirmiers Diplômés d'Etats Libéraux (IDEL) et des patients. Une seconde concerne la performance de la délivrance des produits pharmaceutiques pour

évaluer l'impact des retours de médicaments et de DM non utilisés sur l'activité des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (PPH). Enfin, nous formulerons des propositions de recommandations pour le service à partir de l'état des lieux réalisé et des outils publiés dans la littérature.

I. Contexte de l'HAD

I.1. Définition :

L'hospitalisation à domicile (HAD), permet de prendre en charge des patients souffrant de pathologies évolutives, aiguës ou chroniques, sur leur lieu de vie, pour une durée limitée dans le temps mais révisable en fonction de l'évolution de leur état de santé. L'HAD délivre des soins coordonnés de nature hospitalière, en associant le médecin traitant et tous les professionnels paramédicaux et sociaux. En tant que mode de prise en charge spécifique, l'HAD est soumise à la certification des établissements de santé de la Haute Autorité de Santé (HAS). Le management de la prise en charge médicamenteuse est évalué au même niveau d'exigence que les autres modes de prise en charge hospitalière.

I.2. Statut juridique et textes réglementaires qui régissent l'HAD :

Depuis 2009, la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) reconnaît les établissements d'HAD comme des établissements de santé à part entière, et non plus comme une simple alternative à l'hospitalisation conventionnelle (6).

L'exercice de l'HAD est soumis à une autorisation par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Les statuts juridiques des structures d'HAD sont de 3 types (7):

- privés à but lucratif (20% des structures, 16% de l'activité) ;
- privés à but non lucratif (40% des structures, 58% de l'activité) ;
- publics (40% des structures, 26% de l'activité).

L'HAD intervient au domicile du patient mais elle peut également prendre en charge des patients en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), selon la circulaire du 5 octobre 2007 (8) et des patients en établissements d'hébergement à caractère social ou médicosocial. (Circulaire du 18 mars 2013) (9).

Le circuit du médicament en HAD répond à des obligations réglementaires dont l'objectif est de promouvoir et de mettre en place des organisations de qualité qui puissent répondre aux besoins et à la sécurité des patients. Cet objectif est atteint d'une part avec la certification de la HAS qui est une procédure externe qui évalue les établissements de santé à partir de la procédure de certification V2014 (10) et d'autre part avec la contractualisation entre l'ARS,

l'organisme local d'assurance maladie et l'établissement d'HAD qui mettent en place un Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES).

I.3. Evolution des structures d'HAD :

L'HAD a débuté aux États-Unis dans les années 1940. En France, le premier établissement d'HAD voit le jour en 1957. Après des vagues successives l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) référence en 2017, 291 établissements d'HAD.

Trois raisons à ce développement :

- Démographiques : vieillissement de la population et augmentation des pathologies chroniques.
- Sociétales : trois français sur quatre désirent finir leur vie chez eux (11). Néanmoins, en 2016, seulement un français sur quatre décède à son domicile (12).
- Économiques : en 2009, dans une politique de maîtrise des coûts, l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) publie qu'une prise en charge d'un patient en soins palliatifs serait 48% moins élevée en HAD que dans un service conventionnel. En 2016, le coût moyen d'une journée d'HAD est de 198 euros pour l'assurance maladie soit quatre fois moins élevé que pour une hospitalisation en hôpital conventionnel (4).

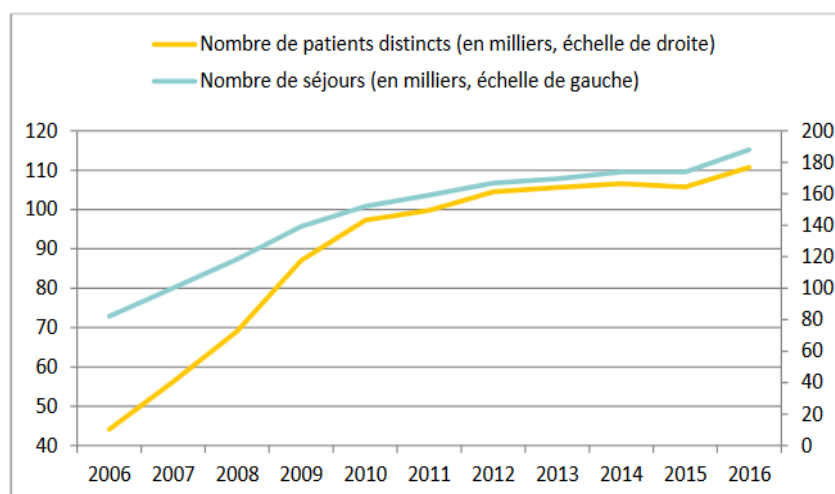


Figure 1 : Nombre de patients et de séjours en HAD en France métropolitaine et Département et Région d'Outre-Mer (DROM) (13)

Sur la figure 1, on constate que le nombre de patients a fortement progressé jusqu'en 2010. Depuis on observe toujours une progression mais, beaucoup plus faible. A partir de 2010, on note en moyenne 1,5 séjour par patient. En effet, plusieurs explications sont possibles : l'évolution du type de soins dispensés par l'HAD, la répartition des modes de prise en charge principaux, « *les soins liés aux pansements complexes (...) sont devenus le premier mode de prise en charge des établissements d'HAD (28 % de l'activité en 2016, contre 19 % en 2006)* » (13). Les recommandations publiées par l'HAS en 2011 sur les « *Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum* » (14) ainsi que la tarification du codage des séjours pour l'HAD contribuent également à expliquer ce phénomène.

En décembre 2013, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) fixe un objectif de 30/35 patients pris en charge par jour pour 100 000 habitants par l'HAD pour 2018, cela correspond au doublement de l'activité globale constatée en 2011, sachant que les efforts à produire sont inégaux selon les régions (15). La figure 2 présente le nombre moyen de patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants en 2017. En 2017 seulement 12% des départements comptaient plus de 30 patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants.

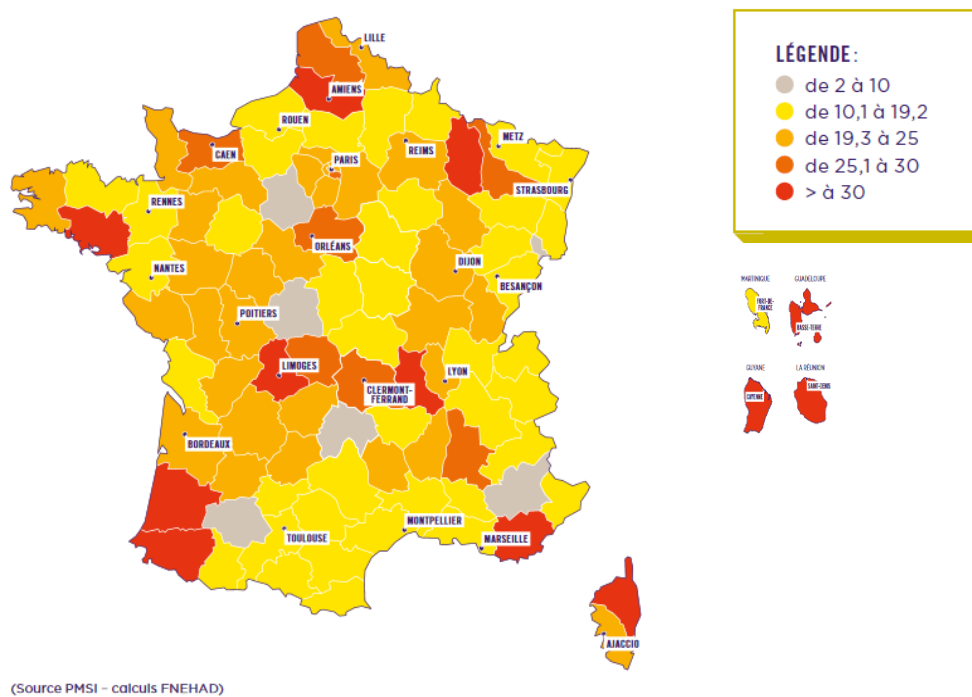


Figure 2 : Nombre moyen de patients pris en charge par jour et pour 100 000 habitants en 2017 (7)

I.4. L'HAD de Gap :

Créée en 2009, l'HAD de Gap a été, dans un premier temps, rattachée à la polyclinique de Gap puis au Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) regroupant le Centre Hospitalier Inter Communal des Alpes du Sud (CHICAS), dont fait partie l'hôpital de Gap et la polyclinique de Gap. Suite à la dissolution du GCS en juillet 2016 et après 6 mois d'interruption de l'HAD, l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) a donné en décembre 2016 son avis favorable pour l'ouverture de l'HAD au CHICAS (16), avec 40 places dont 30 pour le secteur Gap Sisteron et 10 pour le secteur de Briançon.

L'activité se concentre alors sur l'hôpital de Gap (Hautes-Alpes) avec deux antennes, une à l'hôpital de Briançon (Hautes-Alpes) et une à l'hôpital de Sisteron (Alpes-de-Haute-Provence). Le service couvre une zone géographique importante de 8 517 km² (figure 3) avec le département des Hautes-Alpes et le nord du département des Alpes de Haute Provence (Pays sisteronais, Vallée de l'Ubaye, Vallée du Jabron, Moyenne Durance) (17). Le bassin de population ainsi défini comprend environ 170 000 habitants.

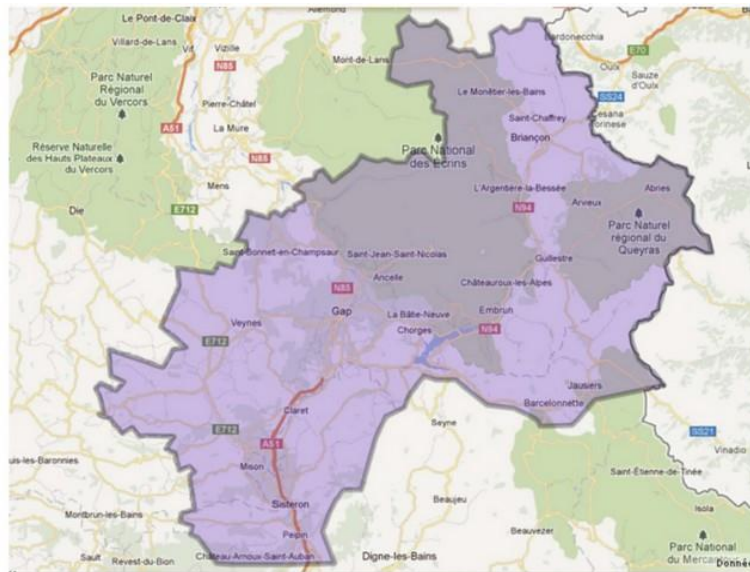


Figure 3 : Territoire couvert par l'HAD de Gap

Il existe des particularités géographiques concernant cette région. Selon le projet médical partagé du GHT des Alpes du Sud de 2017 « *le département des Hautes Alpes est le département le plus haut en moyenne en France (altitude moyenne la plus élevée, plus du tiers de la surface dépasse une altitude de 2 000 m). C'est aussi le département avec le réseau routier le plus élevé, avec une altitude moyenne de l'ordre de 1000 m. (...) Le département des Alpes*

de Haute Provence, le nord du territoire est caractérisé par un environnement pré-alpin avec des zones de montagnes intermédiaires aux vallées encaissées et aux villages très enclavés et des zones de haute montagne, notamment en Haute-Ubaye, où les sommets dépassent 3 000 m d'altitude et où les cols avoisinent ou dépassent les 2 000 m d'altitude » (18). Dans ce contexte, les temps de déplacement entre l'hôpital de Gap et le domicile de certains patients peuvent être très importants. Cette notion est une des problématiques de l'organisation actuelle du service d'HAD car elle illustre les conséquences que peuvent avoir par exemple un oubli de dispensation d'un produit pharmaceutique.

I.5. Profil des soins dispensés par l'HAD de Gap :

L'HAD est un service médical polyvalent pour plusieurs raisons. Elle prend en charge des patients de tous âges, et pour des maladies graves, aiguës ou chroniques définies dans la circulaire du 30 mai 2000 (19). L'article R.6121-4 du Code de Santé Publique (CSP) précise que « *ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes* » (20).

Le tableau 1 présente les principaux modes de prise en charge en HAD : (21)

Tableau 1 : Principaux modes de prise en charge en HAD

N°	Libellé du mode de prise en charge	N°	Libellé du mode de prise en charge
01	Assistance respiratoire	12	Rééducation neurologique
02	Nutrition parentérale	13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse
03	Traitements intraveineux	14	Soins de nursing lourds
04	Soins palliatifs	15	Education du patient et/ou de son entourage
05	Chimiothérapie anticancéreuse	17	Surveillance de radiothérapie
06	Nutrition entérale	18	Transfusion sanguine
07	Prise en charge de la douleur	19	Surveillance de grossesse à risque
08	Autres traitements	21	Post-partum pathologique
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	22	Prise en charge du nouveau-né à risque
10	Post-traitement chirurgical	24	Surveillance d'aplasie
11	Rééducation orthopédique	29	Sortie précoce de chirurgie

La diversité de ces modes de prises en charge est à l'origine du nombre important de références des produits pharmaceutiques délivrés à l'HAD.

Si l'on s'intéresse à l'activité de l'HAD de Gap en prenant en compte certains indicateurs, nous observons que les soins palliatifs sont le premier mode de prise en charge à l'HAD de Gap. En effet, pour l'année 2018, les soins palliatifs correspondent à :

- 47% des patients pris en charge en HAD (125 patients sur un nombre total de 267).
- 27% des journées réalisées (2 959 sur 11 141 journées tous modes de prise en charge confondus).

Annexe 1 : Statistiques de l'activité d'HAD de Gap 2018.

Le profil de l'HAD de Gap centré sur les soins palliatifs s'explique en partie par la présence à 0,4 Equivalent Temps Plein (ETP) d'un des médecins qui exerce en soins palliatifs à Gap.

A l'aide du rapport d'activité 2017-2018 de la Fédération Nationale des Établissements HAD (FNEHAD) (7) qui fournit le nombre de journées par mode de prise en charge principal, nous avons pu comparer l'activité de Gap avec l'activité nationale des établissements d'HAD.

N°	Libellé du mode de prise en charge principal	Nationale 2017		Gap 2018	
		Nbre de journées	%	Nbre de journées	%
03	Traitements intraveineux	313 473	6	976	9
04	Soins palliatifs	1 273 758	25	2 959	27
06	Nutrition entérale	329 575	6	625	5
08	Autres traitements	135 646	3	667	6
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 462 873	28	2 275	20
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	197 926	4	980	9
14	Soins de nursing lourds	439 302	9	1 759	16
	Autres modes de prise en charge	1 000 777	19	900	8
	TOTAL	5 153 330	100	11 141	100

Un test de Kruskal Wallis des données quantitatives montre qu'il n'y a pas de différence ($p = 0,6$) entre l'activité de Gap et l'activité nationale « moyenne » des établissements d'HAD. Un examen des différents pourcentages montre que c'est pour les soins de *nursing* lourds que la différence est la plus importante.

II. Circuit des produits pharmaceutiques au sein d'un service d'HAD

Le circuit des produits pharmaceutiques est un processus complexe combinant des étapes pluridisciplinaires et interdépendantes détaillées dans l'arrêté du 6 avril 2011 (22).

II.1. Les étapes, les acteurs :

Les étapes du circuit du médicament étant communes aux pratiques libérales et hospitalières on pourrait imaginer dans un premier temps un circuit simple car connu de tous les professionnels de santé et de tous les patients. Or la collaboration entre le monde libéral et hospitalier, chacun avec ses contraintes, et les différentes organisations possibles au sein des différentes structures d'HAD, en font un circuit complexe qui manque de lisibilité pour les acteurs extérieurs au service.

L'HAD implique une organisation différente des autres unités de soins puisque les soins se font au domicile des patients. Cette organisation nécessite une équipe coordinatrice dédiée afin d'assurer une sécurisation optimale du circuit pharmaceutique. Les acteurs de l'équipe d'HAD de Gap sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Equipe d'HAD de Gap ainsi que les Equivalents Temps Pleins (ETP)

Intervenant	Rôle	ETP par antenne de l'HAD		
		Gap	Sisteron	Briançon
Médecin Coordonnateur	Référent médical de l'établissement d'HAD Emet un avis médical pour toute admission et sortie Coordination médicale et organise la continuité des soins Astreinte 24h/24, 7j/7	0,8		0,4
IDEC ¹	Evalue les besoins des patients Organise et coordonne les moyens humains et matériels au domicile Visite hebdomadaire au domicile du patient afin d'évaluer son état de santé et de réapprovisionner en produits pharmaceutiques Astreinte 24h/24, 7j/7	4,3		2,5
AS ²	Réalise au domicile les soins auprès des patients, seule ou en binômes avec les IDEL ³	3	1,7	1,7
Cadre	Responsable de la qualité, de la sécurité des soins et de l'organisation de la prise en charge	1		
Pharmacien	Valide les ordonnances	0,2		0,1
PPH ⁴	Délivre les produits pharmaceutiques	0,7		0,2
Logisticien		0,6		
Secrétaire		1,5		
Psychologue		0,2	0,2	0,2
Assistante sociale		0,5		

¹IDEC : Infirmier Diplômé d'Etat Coordonnateur

²AS : Aides-soignantes

³IDEL : Infirmier Diplômé d'Etat Libéral

⁴PPH : Préparateur en Pharmacie Hospitalière

II.1.1. Prescriptions :

Les prescriptions médicamenteuses peuvent être faites par des médecins libéraux dont le médecin traitant et par le médecin coordonnateur de l'HAD.

Le médecin traitant est le référent médical du patient pendant le séjour. Il doit d'ailleurs donner son aval à l'admission en HAD lorsque celle-ci est demandée par un service de soins hospitalier. Le médecin traitant *« 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 ou avec un médecin spécialiste »* (23).

Le médecin coordonnateur de l'HAD organise la continuité des soins. Il est le référent médical de l'établissement d'HAD, il émet un avis médical pour toute admission et sortie, et, sur la base d'un projet thérapeutique assure la coordination avec les médecins libéraux et hospitaliers ainsi qu'avec les équipes soignantes et les services sociaux.

Selon le décret n° 2017-817 du 5 mai 2017 (24) il est amené à prescrire : *« lorsque le médecin traitant, (...) n'est pas en mesure d'assurer, par une intervention au domicile, un conseil téléphonique ou une télé-prescription, la continuité des soins dans les conditions et délais requis par l'évolution de la situation du patient, le médecin coordonnateur peut intervenir en ses lieu et place, y compris en matière de prescription, et le tient informé »*.

Dans le service d'HAD de Gap les prescriptions sont faites sur Crossway® (logiciel médical) qui rassemble le Dossier Patient Informatisé (DPI) et les prescriptions médicamenteuses. Les prescriptions sont faites par les médecins coordonnateurs à partir des ordonnances du patient qui peuvent provenir du médecin traitant, d'un médecin spécialiste, du service hospitalier qui a prescrit la prise en charge.

La mise à jour de la prescription informatique est un prérequis essentiel au bon déroulement des étapes suivantes. Mais le travail à temps partiel des deux médecins coordonnateurs qui sont chacun à 0,4 (ETP) sur le service ne permet pas systématiquement la mise à jour de la prescription informatique en particulier suite aux visites des médecins traitants au domicile. Les médecins traitants transmettent leur ordonnance par fax, mail ou photo au service d'HAD.

II.1.2. Dispensation :

II.1.2.1 Définition :

L'article R4235-48 du Code de la Santé Publique (CSP) définit l'acte de dispensation.

Cet article de référence précise que le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament. Le pharmacien doit associer à la 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* » (25).

II.1.2.2 Réglementation :

Plusieurs organisations existent au sein des services d'HAD pour dispenser les médicaments.

En fonction de la structure d'HAD la dispensation des produits pharmaceutiques peut se faire majoritairement via une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) ou une pharmacie d'officine.

Quel que soit le mode de dispensation pour lequel la structure d'HAD dispose d'une autorisation, un travail coordonné entre la ville (officine) et l'hôpital (PUI) est nécessaire pour réaliser une dispensation efficiente.

Pour les établissements disposant d'une PUI, la fourniture des produits pharmaceutiques est réalisée par la PUI et, depuis le décret n°2010-1610 du 22 décembre 2010 le pharmacien de la PUI peut avoir recours à une pharmacie d'officine « *lorsque cela permet de simplifier ou d'améliorer l'organisation des soins ou la qualité du service rendu au patient* » (26).

Pour les établissements ne disposant pas d'une PUI, la fourniture des produits pharmaceutiques est réalisée par une officine en collaboration avec une PUI pour les médicaments de la réserve hospitalière.

Ces collaborations sont soumises à la signature d'une convention entre les deux parties (27) (28).

II.1.2.3 Au sein du service de Gap :

Le service d'HAD a une autorisation de l'ARS de prendre en charge 40 patients, la PUI de l'hôpital de Gap dispense les produits pharmaceutiques pour les 30 patients de l'antenne de Gap

et Sisteron. La PUI de Briançon dispense les produits pharmaceutiques pour les 10 patients de l'antenne de Briançon.

La dispensation est assurée par la PUI de l'hôpital avec 0,7 ETP de PPH et pas de temps pharmacien dédié à l'HAD, un pharmacien est référent d'un groupe de service dont l'HAD et valide les ordonnances du service. En reprenant les actions successives de l'article R4235-48 concernant l'acte de dispensation nous avons :

1° L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale qui est réalisée par un pharmacien de la PUI, selon les trois niveaux d'analyse pharmaceutique (29) définis par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC). Il effectue au sein de la pharmacie une analyse de niveau un qui comprend une analyse pharmacologique de la prescription avec les posologies, contre-indications et interactions principales en fonction des renseignements de base sur le patient et il vérifie la disponibilité des produits de santé. Dans la majorité des cas, la disponibilité des paramètres biologiques permet de réaliser une analyse de niveau 2 et de proposer si nécessaire une adaptation posologique (tableau 3).

Tableau 3 : Niveau d'analyse en pharmacie clinique selon la SFPC

Type	Contexte	Contenu	Éléments requis
Analyse niveau 1: Revue de prescription	Patient connu, sans point d'intérêt clinique nouveau	Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales.	Ensemble des prescriptions, renseignements de base sur le patient
Analyse niveau 2: Revue des thérapeutiques	Patient connu, situation en évolution	Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales. Adaptations posologiques, liens avec résultats biologiques, événements traceurs.	Ensemble des prescriptions, renseignements patient, données biologiques.
Analyse niveau 3: Suivi pharmaceutique	Nouvelle admission d'un patient, évolution en cours et issues non établies	Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales. Adaptations posologiques, liens avec résultats biologiques, événements traceurs. Respect des objectifs thérapeutiques, monitoring thérapeutique, observance. Liens avec conciliation, conseil et éducation thérapeutique.	Ensemble des prescriptions, renseignements et dossier patient, données biologiques, historique médicamenteux, objectifs thérapeutiques.

2° La préparation éventuelle des doses à administrer. Les Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (PPH) préparent pour chaque patient

- Les médicaments prescrits à partir de l'ordonnance informatique. La délivrance est de dix jours à la première délivrance puis de sept jours par la suite. Un double contrôle est réalisé par les IDEC à la PUI pour les stupéfiants et au domicile du patient pour les autres médicaments.

- Les Dispositifs Médicaux (DM) à partir d'une liste confectionnée par les IDEC. Cette liste rassemble toutes les références des DM nécessaires et leur quantité pour la réalisation des soins au domicile du patient, exemple de liste en annexe 2. Un double contrôle est réalisé par les IDEC au domicile du patient

Produits	CODE Pharmacie	Qté Type/ Semaine	A prévoir pour le	Mettre en stock pour le
Tubulure avec raccordement orthogon.	13867	4		
Serpingon 10 ml	2974	25		
Serpingon 50 ml	3375	4		
PROCTOLIN 100 mg/ ml/ ml/ 100 ml	5847	3		
PROCTOLIN 100 mg/ ml/ 100 ml	2991	25		
PROCTOLIN 100 mg/ ml/ 100 ml	1117	20		
Nettoyant universel VITRIL 5 l/boîte	14504	3		
Net 5 l/50 ml/ 200 ml	2982	30		
Alpérol 100 mg/ 100 ml	2998	2 boîte		
COMPTON 100 mg/ 100 ml/ 100 ml	440	2 boîte		
Alpérol 100	873	3		
Nettoyant	15582	1		
Net 100 ml	384	1		
Net	4061	1		
Gauche non stérile boîte 7	429	1 boîte		
Alpérol 100 mg/ 100 ml	2983	3		
Serpingon 50 ml/ 50 ml	7713	50		
Sérum physiologique 500 ml	130	40		
Bouillottes 100 ml/ 100 ml	14862	3		
Net pour alginate 100 ml	14421	3		
Net pour alginate 100 ml	14420	3		
Gauche stérile boîte 7	1191	3		
Gauche stérile boîte 7	1192	3		
Bouillottes 100 ml	14504	30		

3° La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament. Les informations générales sont intégrées au logiciel de prescriptions et des informations manuscrites sont ajoutées au cas par cas sur la prescription ou sur la liste des DM en fonction de l'information.

Les produits pharmaceutiques sont ainsi délivrés pour chaque patient dans des cartons scellés et identifiés avec le nom et le prénom du patient. Les stupéfiants sont délivrés dans une caisse métallique à code. Et les produits devant être conservés entre deux et huit degré sont dispensés à part pour respecter la chaîne du froid.



La dispensation des fluides médicaux, essentiellement de l'oxygène est réalisée par un prestataire.

II.1.3. Stockage dans le service d'HAD et transport :

Le transport et le stockage doivent respecter les règles de conservation des médicaments (chaîne du froid), d'hygiène (circuit « propre » et un circuit « sale ») et de confidentialité de l'identité des patients. Le transport doit se faire en fonction de la demande dans des délais le plus souvent courts (inférieur à 24 heures) pour ne pas avoir de rupture dans la prise en charge médicale.

Pour les officines, les conditions de transport se font selon la convention établie avec le service d'HAD.

Dans le service d'HAD de Gap le transport entre la PUI et le service HAD puis de celui-ci au domicile du patient est assuré par l'équipe de l'HAD. Les livraisons se font de manière hebdomadaire lors de la Visite A Domicile (VAD) du patient par une IDEC. Les livraisons hors VAD sont assurées soit par les IDEC, les Aides-Soignantes (AS) ou le logisticien.



Stockage au domicile des patients :

Au domicile des patients, les lieux de stockage des produits pharmaceutiques sont choisis en accord avec le patient ou avec son entourage en respectant les conditions de conservation des produits pharmaceutiques et en différenciant le stockage des produits pharmaceutiques relevant de la prise en charge par le service d'HAD du stock personnel du patient.

L'HAD de Gap met au domicile des patients une colonne en plastique composée de trois tiroirs pour ranger les DM livrés au domicile et les médicaments.



II.1.4. Administration :

La complexité du problème vient du fait que l'HAD est une hospitalisation (avec des contraintes règlementaires) mais avec une présence physique discontinue des soignants le tout dans un environnement (le domicile du patient ou un centre d'hébergement) ou des tiers connus ou inconnus vont évoluer, voire aider le patient. Il faut une traçabilité et savoir qui est responsable de l'administration des médicaments. Cela pose cependant quelques questions plus aiguës : celle des interdosages d'antalgiques pour traiter les accès douloureux, des protocoles anticipés de soins palliatifs, de la stabilité de certains produits injectables comme l'amoxicilline.

A l'admission d'un patient, l'équipe soignante coordinatrice de l'HAD évalue l'autonomie du patient pour l'administration des médicaments *per os*. En fonction de l'autonomie du patient et de son entourage, il doit être décidé qui est responsable de la préparation des médicaments *per*

os, de leur administration et de leur traçabilité. La décision prise en accord entre l'équipe soignante et le patient doit être marquée dans le dossier du patient et peut être revue au cours du séjour. Selon la structure d'HAD, la préparation des médicaments et la mise en pilulier peuvent faire intervenir la pharmacie (PUI ou officine), l'IDE (salarié ou libéral), un proche ou le patient (30). L'administration peut faire intervenir l'IDE (salarié ou libéral) pour toutes les formes galéniques, un proche ou le patient pour les formes per os.

Comme cela a été évoqué, l'HAD peut également intervenir en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) depuis 2007 (31) et dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social depuis 2012 (32) (33). Dans ce cas, la réalisation des soins peut faire intervenir en fonction de la nature des soins et de la structure, un IDE libéral ou salarié de l'HAD ou encore un salarié de l'établissement où le patient réside.

Pour la réalisation des soins, la préparation et l'administration des médicaments l'HAD de Gap collabore avec des IDE libéraux. Un plan de soins papier issu du logiciel informatique est mis à disposition des IDEL dans le classeur patient du domicile et réimprimé chaque semaine ou à chaque modification de prescription, afin de vérifier la prescription médicale et la traçabilité de l'administration.

	17/06	18/06	19/06	20/06	21/06	22/06	23/06		
	Matin	Après-midi	Nuit	Matin	Après-midi	Nuit	Matin	Après-midi	Nuit
si fièvre faire hémoc +antigènes solubles+bio crp									
kinesithérapie : Respiratoire à 8h, jusqu'à arrêt									
DOCUSATE SODIQUE 50 mg (AMYLENE), cpr	1 cpr(s), à 8h, 12h, 18h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 cpr(s), à 8h, 12h, 18h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 cpr(s), à 8h, 12h, 18h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 cpr(s), à 8h, 12h, 18h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 cpr(s), à 8h, 12h, 18h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 cpr(s), à 8h, 12h, 18h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 cpr(s), à 8h, 12h, 18h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 cpr(s), à 8h, 12h, 18h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 cpr(s), à 8h, 12h, 18h, PER OS, jusqu'à arrêt
LACTULOSE 10 g (DURHAM AC), sol buv, sachet 15 ml	2 sachet, Matin, Midi, Soir, PER OS, jusqu'à arrêt	2 sachet, Matin, Midi, Soir, PER OS, jusqu'à arrêt	2 sachet, Matin, Midi, Soir, PER OS, jusqu'à arrêt	2 sachet, Matin, Midi, Soir, PER OS, jusqu'à arrêt	2 sachet, Matin, Midi, Soir, PER OS, jusqu'à arrêt	2 sachet, Matin, Midi, Soir, PER OS, jusqu'à arrêt	2 sachet, Matin, Midi, Soir, PER OS, jusqu'à arrêt	2 sachet, Matin, Midi, Soir, PER OS, jusqu'à arrêt	2 sachet, Matin, Midi, Soir, PER OS, jusqu'à arrêt
LEVOTHYROXINE 50 mg (LEVOTHYROX), cpr séc	1 cpr(s), à 8h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 cpr(s), à 8h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 cpr(s), à 8h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 cpr(s), à 8h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 cpr(s), à 8h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 cpr(s), à 8h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 cpr(s), à 8h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 cpr(s), à 8h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 cpr(s), à 8h, PER OS, jusqu'à arrêt
NALOXGOL 12,5 mg (MOVLNIG), cpr	2 cpr(s), Matin, PER OS, jusqu'à arrêt	2 cpr(s), Matin, PER OS, jusqu'à arrêt	2 cpr(s), Matin, PER OS, jusqu'à arrêt	2 cpr(s), Matin, PER OS, jusqu'à arrêt	2 cpr(s), Matin, PER OS, jusqu'à arrêt	2 cpr(s), Matin, PER OS, jusqu'à arrêt	2 cpr(s), Matin, PER OS, jusqu'à arrêt	2 cpr(s), Matin, PER OS, jusqu'à arrêt	2 cpr(s), Matin, PER OS, jusqu'à arrêt
PRAFFRAM 15 mg/ml (LYANXIA), sol buv en gouttes, flac 20 et 5 g/10 et 5 g/10, 10 g/10 et 20 g/20, jusqu'à arrêt	1 goute, à 8h, 12h, 18h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 goute, à 8h, 12h, 18h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 goute, à 8h, 12h, 18h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 goute, à 8h, 12h, 18h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 goute, à 8h, 12h, 18h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 goute, à 8h, 12h, 18h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 goute, à 8h, 12h, 18h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 goute, à 8h, 12h, 18h, PER OS, jusqu'à arrêt	1 goute, à 8h, 12h, 18h, PER OS, jusqu'à arrêt
KLIONOR LIM 100 mg (Labo MLISSOL), sol à diluer per pch, an	1 ampoule, à 8h, 20h, IV, jusqu'à arrêt	1 ampoule, à 8h, 20h, IV, jusqu'à arrêt	1 ampoule, à 8h, 20h, IV, jusqu'à arrêt	1 ampoule, à 8h, 20h, IV, jusqu'à arrêt	1 ampoule, à 8h, 20h, IV, jusqu'à arrêt	1 ampoule, à 8h, 20h, IV, jusqu'à arrêt	1 ampoule, à 8h, 20h, IV, jusqu'à arrêt	1 ampoule, à 8h, 20h, IV, jusqu'à arrêt	1 ampoule, à 8h, 20h, IV, jusqu'à arrêt
METHYLPREDNISOLONE 40 mg (Labo MYLAN), pdr pr sol inj, IM	60 mg, à 8h, IV, jusqu'à arrêt	60 mg, à 8h, IV, jusqu'à arrêt	60 mg, à 8h, IV, jusqu'à arrêt	60 mg, à 8h, IV, jusqu'à arrêt	60 mg, à 8h, IV, jusqu'à arrêt	60 mg, à 8h, IV, jusqu'à arrêt	60 mg, à 8h, IV, jusqu'à arrêt	60 mg, à 8h, IV, jusqu'à arrêt	60 mg, à 8h, IV, jusqu'à arrêt
IMMUNORACOL 40 mg (LUIFANVOL), pdr pr sol inj ou pr perf, 1 l flacon, à 20h, IV, jusqu'à arrêt	1 flacon, à 20h, IV, jusqu'à arrêt	1 flacon, à 20h, IV, jusqu'à arrêt	1 flacon, à 20h, IV, jusqu'à arrêt	1 flacon, à 20h, IV, jusqu'à arrêt	1 flacon, à 20h, IV, jusqu'à arrêt	1 flacon, à 20h, IV, jusqu'à arrêt	1 flacon, à 20h, IV, jusqu'à arrêt	1 flacon, à 20h, IV, jusqu'à arrêt	1 flacon, à 20h, IV, jusqu'à arrêt
NORMACOL LAMVLANI, ad, sol rect, réception unitdose 130 ml	1 lavement, Tous les 2 jours, à 12h, jusqu'à arrêt	1 lavement, Tous les 2 jours, à 12h, jusqu'à arrêt	1 lavement, Tous les 2 jours, à 12h, jusqu'à arrêt	1 lavement, Tous les 2 jours, à 12h, jusqu'à arrêt	1 lavement, Tous les 2 jours, à 12h, jusqu'à arrêt	1 lavement, Tous les 2 jours, à 12h, jusqu'à arrêt	1 lavement, Tous les 2 jours, à 12h, jusqu'à arrêt	1 lavement, Tous les 2 jours, à 12h, jusqu'à arrêt	1 lavement, Tous les 2 jours, à 12h, jusqu'à arrêt
2 ampoules AITAPRIDE 50 mg (PITTCAN), sol inj, amp 2 ml									
1 ampoule CHLORPROMAZINE 25 mg (LARGACIL), sol inj, amp									
4 ampoules MLISSOLANIDE 10 mg (PRIMERAN), sol inj, amp									
60 mg MORPHINE 100 mg (MORPHINE CHLORHYDRATE Labo RI									
4 ampoules SCOPOLAMINE BUTYLBROMURE 20 mg (SCOBUREN)									

Figure 4 : Exemple de plan de soins de l'HAD de Gap

II.1.6. Retour des produits pharmaceutiques :

Les produits non utilisés au domicile des patients « sont intégrés dans une filière de récupération selon la réglementation en vigueur. Ils peuvent être rapportés soit à la pharmacie d'officine, soit directement à l'HAD. Dans le cas des établissements d'HAD

disposant d'une PUI, le retour des médicaments non administrés peut faire l'objet d'une procédure intégrée dans le système documentaire qualité de la PUI » (34).

A l'HAD de Gap, les IDEC retournent du domicile du patient au service d'HAD les produits pharmaceutiques qui n'ont pas été utilisés suite à une interruption de prise en charge due à l'hospitalisation ou au décès du patient. Des retours peuvent être également effectués par les IDEC lorsque des surstocks sont présents au domicile. Un premier tri est effectué par les IDEC et les AS pour ne retourner que les médicaments et les DM dont l'emballage est intact. Un second tri est effectué à la PUI par la PPH, elle vérifie la provenance du produit (pour ne réintégrer au stock que des produits provenant de la PUI), l'intégrité de l'emballage et la date de péremption. Les produits sont ensuite classés par références avant la saisie informatique des quantités correspondantes, et enfin, remis en stock.

L'ensemble de ces étapes forment le circuit physique des produits pharmaceutiques avec ses acteurs. Chaque structure d'HAD doit mettre à disposition des professionnels libéraux la procédure de la prise en charge médicamenteuse avec les spécificités de sa structure (30). On notera que cette « *injonction administrative* » ne précise pas sous quelle forme cela doit être fait ni « *les spécificités de la structure* » attendues ni ce que cela impliquera en termes de « *procédure de prise en charge* ».

La procédure « *Circuit du médicament et dispositifs médicaux - Service HAD* » de Gap est disponible et consultable sur le serveur de l'hôpital pour les personnes travaillant à l'hôpital. Disponible en annexe 3.

II.2. Spécificités administratives et facturation :

Dans la partie suivante les problématiques administratives liées au circuit des produits pharmaceutiques sont présentées succinctement.

La multiplicité des intervenants dans une prise en charge par l'HAD soulève un problème de rémunération. En effet, comment rémunérer dans un même temps un service hospitalier et des professionnels libéraux ?

L'HAD, tout comme les services de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), est soumis à la tarification à l'activité. La tarification journalière est déterminée dans les services d'HAD par différents paramètres (21):

- le mode de prise en charge principal figurant sur la liste des modes autorisés (présentés précédemment), « *est celui qui a suscité la consommation la plus importante de ressources : frais de personnels, frais de location de matériel, frais de médicaments* » ;
- le mode de prise en charge associé éventuel, « *si le patient a bénéficié d'un autre mode de prise en charge que le mode principal, ayant consommé moins de ressources que lui* » ;
- le niveau de dépendance mesuré par l'indice de Karnofsky, « *indicateur synthétique d'état de santé global du patient, de l'aide dont il a besoin pour les gestes de la vie courante (...) et les soins médicaux qu'il requiert. Cet indicateur est apprécié par le soignant au moyen d'une grille* » ;
- la durée d'hospitalisation.

Pour les spécialités pharmaceutiques, le pharmacien doit déclarer tous les mois dans FICHCOMP (FICHiers COMPLémentaires) :

- les spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation ;
- les médicaments disposant d'une Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU) ;
- et depuis 2016 les médicaments coûteux hors liste en sus spécifiques à l'HAD (35).

A l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) les séjours avec anticancéreux *per os* étaient mal cotés. En effet, pour 17% des séjours (42 sur 241) le coût de ces traitements anticancéreux dépassait 30% du forfait et jusqu'à 100% pour six séjours (36). Une liste en sus, correspondant aux médicaments coûteux, spécifique à l'HAD a été mise en place en 2016 pour palier à ce frein économique pour les structures d'HAD.

Le service d'HAD doit rémunérer les professionnels libéraux : IDEL, médecin traitant, prestataire, officine, kinésithérapeute. Cependant, cette rémunération est réglée avec un délai non négligeable car elle est traitée manuellement par plusieurs intervenants successifs. Pour éviter les procédures administratives chronophages pour l'ensemble des intervenants, des progrès ont été faits localement à Gap. Depuis juin 2018, le service propose une facturation en ligne pour les IDEL et les kinésithérapeutes.

III. Evaluation de l'efficience de la dispensation des produits pharmaceutiques au sein de l'HAD de Gap

L'HAD a une autorisation par l'ARS de fournir des soins sécurisés pour un nombre défini de 30 patients pour les antennes de Gap et Sisteron. Cette structure doit, en fonction des moyens alloués se montrer très réactive face notamment aux changements de prescriptions qui sont le plus souvent responsables de livraisons urgentes.

De plus en plus, les hôpitaux s'intéressent à la satisfaction des patients mais aussi à celle du personnel et ces critères devront, à l'avenir, être de plus en plus pris en compte. Si les bonnes pratiques au sein de l'HAD ont fait l'objet de recommandations (37), l'efficience de la dispensation est envisagée par les trois axes de la future certification V2020 (38). Dans le cadre de ce mémoire, qui a porté sur un temps relativement court, nous nous sommes focalisés, sur les trois axes de la future certification V2020 : premier axe, les « *pratiques professionnelles des équipes de soins qui permettront de développer le principe d'indicateurs mesurés par les patients et de se recentrer sur les expériences vécues par les usagers* » ; deuxième axe, « *analyser le parcours d'un patient en prenant en compte ses perceptions et celles de ses proches* » et finalement certaines de nos recommandations visent à s'adapter aux regroupements d'établissements ce qui correspond au troisième axe. Cet ensemble de préoccupations et d'analyses nous a permis de nous interroger sur la question suivante : Comment pérenniser la qualité de la dispensation en optimisant nos ressources ?

Nous avons réalisé deux études descriptives relatives au circuit du médicament pour évaluer notre activité :

- La première est une enquête téléphonique sur la qualité de la dispensation réalisée auprès des IDEL qui réalisent les soins au domicile et des patients pour mieux comprendre leurs attentes ;
- La seconde est une analyse des mouvements de stocks à la PUI pour le service d'HAD pour chiffrer la performance de la délivrance des produits pharmaceutiques et évaluer l'impact des retours sur l'activité des PPH.

III.1. Enquête téléphonique sur la qualité de la dispensation auprès des IDEL et des patients :

Comme le précise le Docteur Charlotte Salat dans sa thèse, « *la situation de difficulté logistique la plus relevée par les médecins généralistes était celle de la délivrance des médicaments. Entre pharmacie hospitalière, avec des délais parfois longs, et pharmacie de proximité, reléguée au*

second plan et ne pouvant délivrer tous les médicaments prescrits, le médecin généraliste pourrait se sentir démuni. Ceci constitue un frein à l'utilisation de l'HAD » (5).

III.1.1. Objectif :

Notre objectif est de déterminer la satisfaction des IDEL et des patients qui ont eu recours à l'HAD. Pour cela, une étude qualitative a été menée.

III.1.2. Matériel et Méthode :

Il nous a semblé important de recueillir l'avis, d'une part des principaux concernés : les patients, et d'autre part des IDEL car, en HAD a contrario d'une hospitalisation conventionnelle, le médecin responsable de la prise en charge ne se rend pas quotidiennement au domicile du patient. Ce sont les IDEL qui, au quotidien, vont réaliser au domicile du patient les soins avec les produits pharmaceutiques délivrés par la pharmacie.

Dans cette étude ont été inclus les patients pris en charge par l'HAD entre le 1^{er} décembre 2018 et le 28 février 2019 ainsi que les IDEL qui ont réalisé les soins chez ces patients.

Population étudiée :

- Critère d'inclusion :
 - Patients dont la délivrance des traitements dépendait du site de Gap.
- Critères d'exclusion :
 - Patients dont la délivrance des traitements dépendait du site de Briançon.
 - Patients qui ont été hospitalisés moins de 24h dans le service d'HAD.
 - IDEL ou patients n'ayant pas répondu après 3 appels téléphoniques.

Modalités d'accès aux données:

- Obtention des données sur les patients
 - Séjours des patients présents entre le 1^{er} décembre 2018 et le 28 février 2019 à partir du logiciel Crossway® (logiciel médical).
 - Numéro de téléphone des patients et des IDEL à partir du fichier Word « *intervenant* », fichier réalisé à chaque entrée de nouveaux patients et enregistré dans le document partagé du service.

- Recueil des données :
 - Par le Département de l'Information Médicale (DIM) de l'hôpital concernant les caractéristiques des patients (date de naissance, motif de prise en charge principal) à partir du logiciel CORA PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information).
 - Par téléphone entre le 25 mars 2019 et le 21 mai 2019 pour le questionnaire. Ce mode de recueil présentait l'avantage d'avoir un échange avec les IDEL et les patients. L'utilisation de questions fermées à choix multiple que sont les variables qualitatives ordinales pour répondre aux questions facilitent l'analyse et l'interprétation des résultats. Cela permet d'orienter les participants sur la dernière question à réponse ouverte.

Réalisation de deux questionnaires un pour les IDEL et un pour les patients ou proches. Annexe 4.

Les questionnaires ont été élaborés sur des observations vécues et sur des éléments théoriques :

- Observations vécues à la suite de ma participation aux visites à domicile avec les IDEC chez cinq patients au mois de janvier et chez deux patients au mois de mars.
- Éléments théoriques :
 - Guide de la HAS de mai 2013 : « *Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments* » (37).
 - Axes de la future certification pour 2020 (38).
 - Indicateur pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) : tenue du dossier patient en HAD. Recueil 2018 sur données 2017, annexe 5.
- Le questionnaire destiné aux IDEL comporte dix questions et celui destiné aux patients six. Certaines questions sont communes aux deux questionnaires.
 - Les questions communes concernent la rupture, les défauts de stocks de produits pharmaceutiques au domicile ; la satisfaction par rapport au

stockage des produits pharmaceutiques ; une appréciation globale de la prise en charge médicamenteuse par l'HAD ; une question ouverte sur le circuit des produits pharmaceutiques.

- Les questions spécifiques aux IDEL concernent, leur expérience avec l'HAD s'il s'agissait d'une première collaboration avec le service ; la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires pour les médicaments per os, les perfusions et le matériel de perfusion (pompe) ; l'utilité de la présence d'une liste des DM présents au domicile du patient et la traçabilité des médicaments.
- Les questions spécifiques aux patients concernent leur compréhension du circuit du médicament après admission à l'HAD.

III.1.3. Résultats :

III.1.3.1 Description de la population de l'étude :

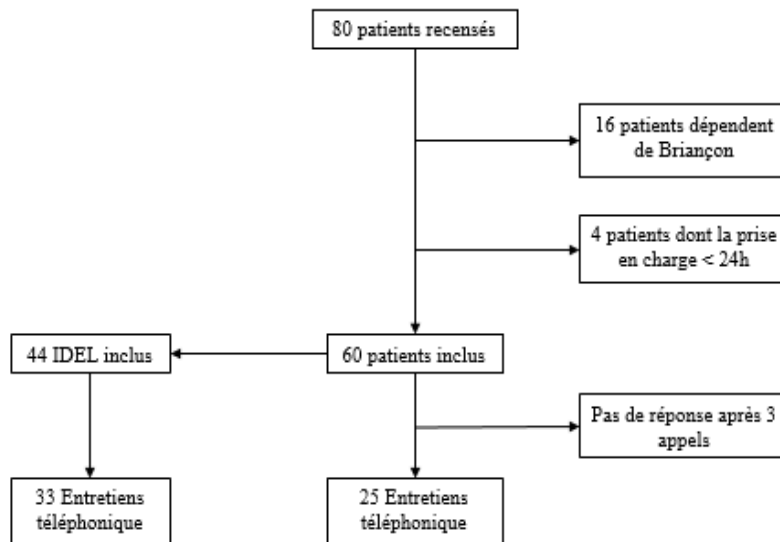
Au total 124 séjours ont été enregistrés entre le 1^{er} décembre 2018 et le 28 février 2019 dans le service d'HAD, ce qui représente 80 patients.

Pour notre étude, 16 patients qui correspondent à 25 séjours ont été exclus car la dispensation des produits pharmaceutiques relevait de la PUI de l'hôpital de Briançon. Quatre patients supplémentaires ont été exclus car la prise en charge a duré moins de 24 heures.

Parmi les 60 patients éligibles à l'étude, 25 personnes (patients, proches, IDE d'établissement d'hébergement qui ne réalisait pas les soins) ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 42%.

Les soins au domicile des 60 patients ont été réalisés par 44 IDEL. En effet sur cette période certains IDEL ont pris en charge plusieurs patients ; 75% (n=33) ont pris en charge un patient, 18% (n=8) ont pris en charge deux patients et 7% avaient en charge entre trois et quatre patients. Parmi les 44 IDEL éligibles, 33 IDEL ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 75%. Cela représente des réponses pour 80% des patients pris en charge.

Trente-cinq patients et 11 IDEL n'ont pas réalisé l'étude car il n'a pas été possible de les avoir après au moins trois appels téléphoniques.



Logigramme des patients et IDEL inclus dans l'étude

L'étude inclut 60 patients dont 24 femmes et 36 hommes avec une moyenne d'âge de 72 ans et une médiane de 73 [19 – 97] ans.

Les 60 patients représentent 94 séjours différents soit une moyenne de 1,6 séjour par patient. Mais la médiane est de un séjour par patient avec 78% des patients (n=47) qui ont réalisé un séjour, 13% des patients (n=8) deux séjours et 8% des patients (n=5) entre quatre et neuf séjours sur la période. Tableau 4

Tableau 4 : Caractéristiques des patients inclus, n=60

Age (années)		
Moyenne 72		
Médiane 73 [19 – 97]		
	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Sexe		
Femme	24	40
Homme	36	60
Séjours		
Moyenne 1,6		
1 séjour	47	78
2 séjours	8	13
>2 séjours	5	8

Sur la période de notre étude, le mode de prise en charge principal est pour plus de la moitié des patients hospitalisés (52%) des soins palliatifs. Les pansements complexes représentent 23% des patients et les traitements par voie veineuse 10%. Les cinq autres motifs d'hospitalisation représentent 15% des patients, le détail est présenté dans le tableau 5.

Tableau 5 : Mode de prise en charge principal des patients

Mode de prise en charge principal	Effectif (n)	Pourcentage (%)
04- Soins palliatifs	31	52
09- Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	14	23
03- Traitement par voie veineuse	6	10
13- Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	3	5
02- Nutrition parentérale	2	3
06- Nutrition entérale	1	2
14- Soins de nursing lourds	1	2
08- Autres traitements	2	3
TOTAL	60	100

III.1.3.2 Réponses aux questionnaires :

- **Questions spécifiques aux IDEL :**

- Caractéristiques des IDEL qui ont répondu au questionnaire : 82% (n=27) des IDEL avaient déjà collaboré avec l'HAD avant décembre 2018. Deux des IDE interrogés travaillent au sein d'un EHPAD et ont réalisé les soins correspondant à la prise en charge par l'HAD. Quatre IDEL interrogés sont intervenus en EHPAD ou en centre médicosocial.

- Questions sur la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des médicaments :

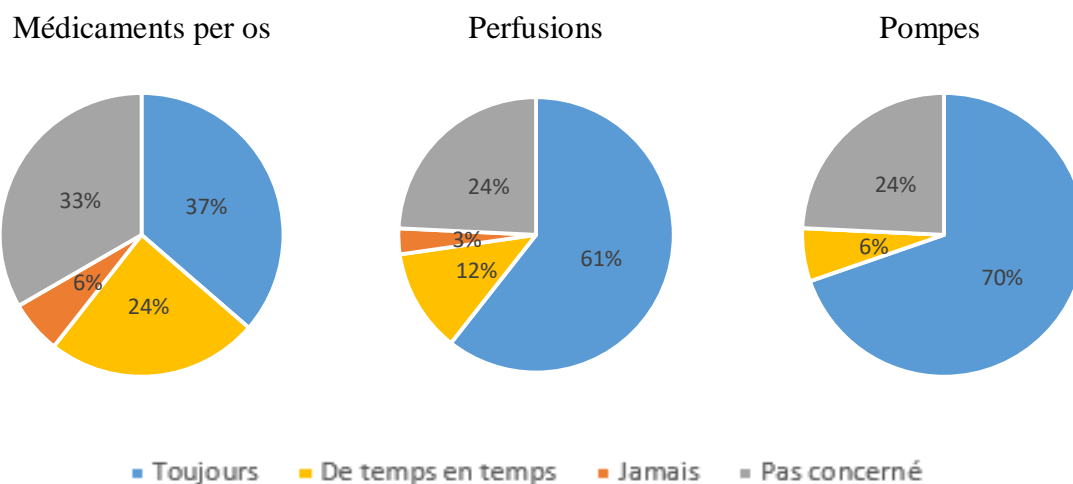


Figure 5 : Mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des médicaments

Concernant les médicaments per os : 37% (n=12) des IDEL déclarent avoir toujours les informations, 24% (n=8) de temps en temps, 6% (n=2) jamais. Trente-trois pourcent des IDEL (n=11) n'étaient pas concernés par l'administration des médicaments per os.

Concernant les perfusions : 61% (n=20) des IDEL déclarent avoir toujours les informations, 12% (n=4) de temps en temps, 3% (n=1) jamais. Vingt-quatre pourcent des IDEL (n=8) n'étaient pas concernés par l'administration de médicament Intra Veineux (IV) par perfusion.

Concernant les pompes : 70% (n=23) des IDEL déclarent avoir toujours étaient formés pour le fonctionnement des pompes, 6% (n=2) de temps en temps, aucun IDEL ne déclare jamais avoir été formé à l'utilisation des pompes.

- Question sur l'utilité de mettre à disposition des IDEL le listing des références et des quantités de DM présents au domicile du patient : 79% (n=26) des IDEL pensent que c'est inutile, 21% (n=7) pensent que c'est utile.
- Question sur la traçabilité de l'administration des médicaments : deux questions, une sur l'information de la nécessité de réaliser cette traçabilité et la deuxième si les IDEL réalisaient cette traçabilité.

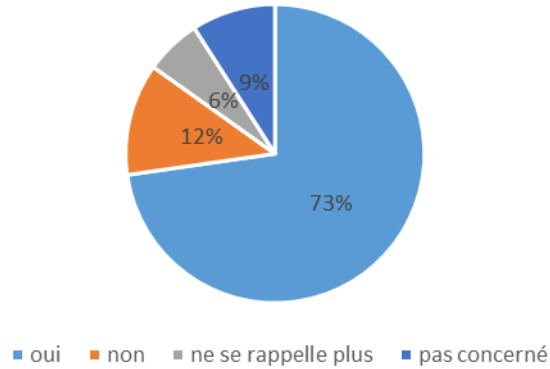


Figure 6 : Information de la nécessité de réaliser une traçabilité des administrations des médicaments

Soixante-treize pourcent (n=24) des IDEL ont été informés de la nécessité de faire une traçabilité des administrations ; 12% (n=4) ne l'ont pas été et 6% (n=2) ne se rappellent plus. Trois IDEL (9%) n'étaient pas concernées par la traçabilité des médicaments.

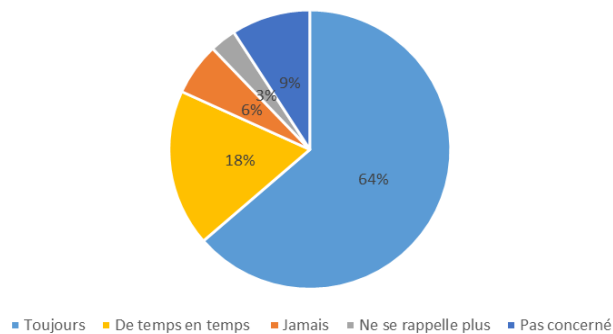


Figure 7 : Réalisation de la traçabilité par les IDEL

Proportions des IDEL qui réalisent la traçabilité de l'administration des médicaments : 64% (n=21) des IDEL tracent l'administration des médicaments, 18% (n=6) le font de temps en temps et 6% (n=2) ne le font jamais. Un IDEL (3%) ne se rappelle plus s'il le faisait ou pas et 9% (n=3) ne sont pas concernés par la traçabilité des médicaments.

- **Questions spécifiques aux patients ou à leurs proches :**

- Caractéristiques des 25 personnes qui ont répondu au questionnaire : neuf patients, 12 proches (enfant, parent ou conjoint) et quatre IDE où résidaient les patients mais qui n'étaient pas en charge de la réalisation des soins.

- Tous les patients (n=18) déclarent avoir bien compris à l'admission que c'était le service qui s'occupait d'amener les médicaments à leur domicile. Et qu'ils n'avaient pas à aller à la pharmacie. Trois patients ne sont pas capables de répondre car tout leur traitement était géré par leur IDEL qui en dehors de la prise en charge par l'HAD allait les récupérer à l'officine du patient. (Quatre patients qui résident en EHPAD).
- Seulement huit patients des 21 patients hospitalisés à leur domicile se rappellent avoir eu une visite de leur médecin traitant pendant le séjour d'HAD soit 38%. Les traitements ont été apportés uniquement par l'HAD chez trois patients, par l'HAD ou récupérés en ville pour cinq patients qui ont eu plusieurs visites de leur médecin traitant. La décision d'avoir recours à l'officine du patient a pour quatre patients sur cinq était prise par le service d'HAD.

- **Questions communes aux patients et aux IDEL :**

Soixante-douze pour cent des patients (n=18) n'ont pas été concernés durant leur séjour par un défaut d'approvisionnement de produits pharmaceutiques à leur domicile contre 45% des IDEL (n= 15).

Tableau 6 : Caractéristiques des produits pharmaceutiques manquant au domicile du patient

	Réponses des patients	%	Réponses des IDEL	%
Nature				
Médicament	7	100	8	57
DM	0		4	29
Médicament et DM	0		2	14
Temps pour être approvisionné				
< 24h	4	57	14	78
24-48h	2	29	3	17
>48h	1	14	1	5
Raison				
Changement de prescription	1	14	4*	20
Défaut de stock	4	57	8*	40
Ne se rappelle plus	2	29	8	40

*Deux IDEL ont répondu les 2 items (changement de prescription et défaut de stock)

- Stockage des produits pharmaceutiques au domicile des patients :

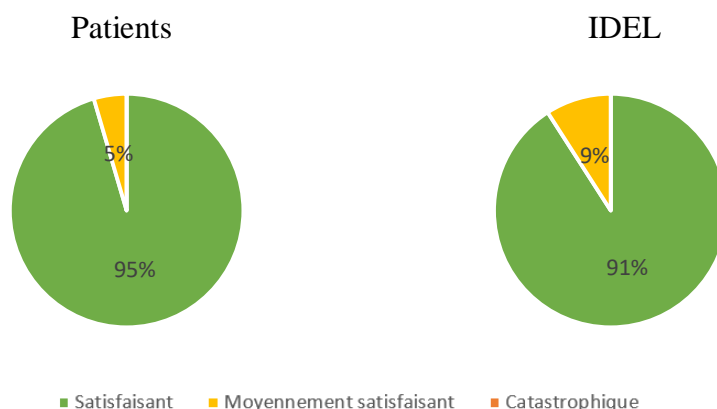


Figure 8 : Satisfaction des patients et des IDEL concernant le stockage des produits pharmaceutiques au domicile des patients

Les patients sont majoritairement satisfaits, 95% (n=21). Une patiente était moyennement satisfaite car le rangement prenait « *beaucoup de place* ».

Les IDEL sont également satisfaits du stockage dans les colonnes en plastique 91% (n=30) et 9% (n= 3) sont moyennement satisfaits.

- Appréciation de la prise en charge médicamenteuse par l'HAD :

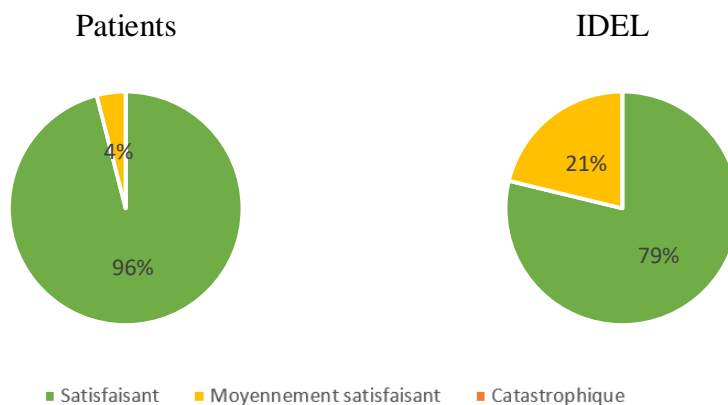


Figure 9 : Appréciation de la prise en charge médicamenteuse par l'HAD

Les patients sont majoritairement satisfaits de la prise en charge médicamenteuse par l'HAD, 96% (n=24) ainsi que les IDEL 91% (n=26).

III.2. Performance de la délivrance des produits pharmaceutiques :

III.2.1. Objectif :

L'objectif est de chiffrer notre activité avec des indicateurs faciles à comptabiliser afin d'avoir une première vision de notre activité. Après la mise en place d'actions d'amélioration il faudra évaluer ces actions et les comparer aux premiers résultats.

III.2.2. Matériel et Méthode :

Extraction du logiciel Copilote (logiciel de gestion des stocks) des sorties et des entrées de stock (correspondant aux retours des produits pharmaceutiques effectués) de la PUI pour le service d'HAD sur l'année 2018 :

- nombre de lignes enregistrées ;
- quantités par produits pharmaceutiques ;
- prix unitaire hors taxe des produits pharmaceutiques ;
- TVA des produits pharmaceutiques.

Exploitation des données avec le logiciel Excel.

Tri des produits pharmaceutiques et classification en fonction de la TVA : Regroupement par classe :

- Médicament des produits avec une TVA à 2,1% (médicaments agréés aux collectivités) et 10% (médicaments non agréés aux collectivités)
- Dispositifs médicaux (DM) avec une TVA à 5,5 (DM faisant partie de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et aux compléments alimentaires) et 20% (DM sans LPP).

Extraction des montants et du type de produits dispensés des factures papiers des produits pharmaceutiques dispensés par les officines et par Probace (prestataire de service) sur l'année 2018. Probace fournit l'HAD en DM de perfusion pour des patients qu'ils ont pris en charge avant qu'intervienne l'HAD et pour lesquels nous ne disposons pas de références équivalentes au sein de l'hôpital.

III.2.3 Résultats :

- Nombre de lignes enregistrées sur l'année 2018 pour le service d'HAD :
 - 76% des lignes (26 656) de produits pharmaceutiques ont été dispensées aux patients d'HAD par la PUI.
 - 24% des lignes (8 487) de produits pharmaceutiques ont été retournés par le service d'HAD pour être réintégrés au stock de la PUI.

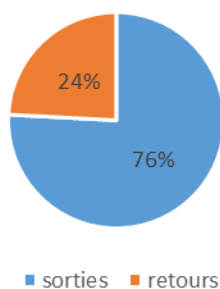


Figure 10 : Nombre de lignes enregistrées sur l'année 2018 pour le service d'HAD

Part des médicaments et des DM des lignes de sortie de stock

- 52% des lignes (13 826) correspondent à des médicaments
- 48% des lignes (12 830) correspondent à des DM

Part des médicaments et des DM des lignes de retour de stock

- 50% des lignes (4 256) correspondent à des médicaments
- 50% des lignes (4 231) correspondent à des DM

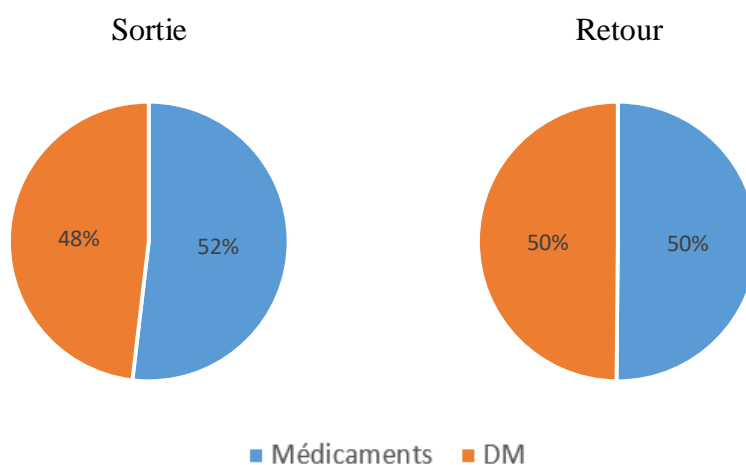


Figure 11 : Répartition des produits pharmaceutiques des lignes enregistrées

- Quantités d'unités délivrées et retournées sur l'année 2018 :

- 420 681 unités de produits pharmaceutiques ont été dispensées aux patients d'HAD par la PUI.
- 133 543 unités de produits pharmaceutiques ont été retournées par le service d'HAD pour être réintégrés au stock de la PUI.

Part des médicaments et des DM en fonction des quantités de sortie de stock :

- 197 095 unités de médicaments
- 223 586 unités de DM

Part des médicaments et des DM en fonction des quantités de retour de stock :

- 73 904 unités de médicaments
- 59 639 unités de DM

Soit 32% des produits pharmaceutiques délivrés ont été retournés à la PUI dont 37% de médicaments et 27% de DM.

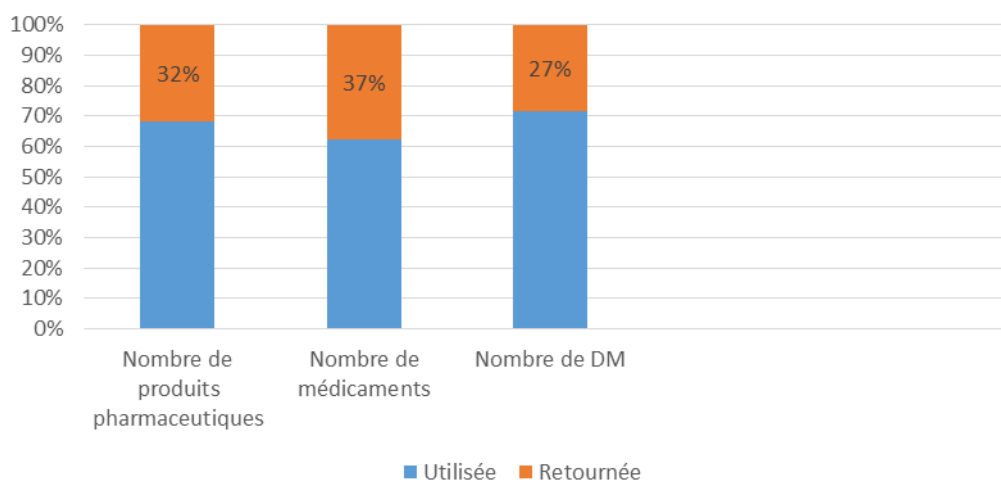


Figure 12 : Nombre d'unités délivrées et retournées sur l'année 2018 pour le service d'HAD

- Coût des unités enregistrées sur l'année 2018 pour le service d'HAD :
 - 233 675 euros de produits pharmaceutiques ont été dispensés aux patients d'HAD par la PUI.
 - 82 243 euros de produits pharmaceutiques ont été retournés par le service d'HAD pour être réintégrés au stock de la PUI.

Part des médicaments et des DM en fonction des coûts de sortie de stock :

- 133 792 euros de médicaments
- 99 883 euros de DM

Part des médicaments et des DM en fonction des coûts de retour de stock :

- 42 611 euros de médicaments
- 39 632 euros de DM

Soit 35% du coût des produits pharmaceutiques délivrés ont été retournés à la PUI dont 32% du coût des médicaments et 40% du coût des DM.

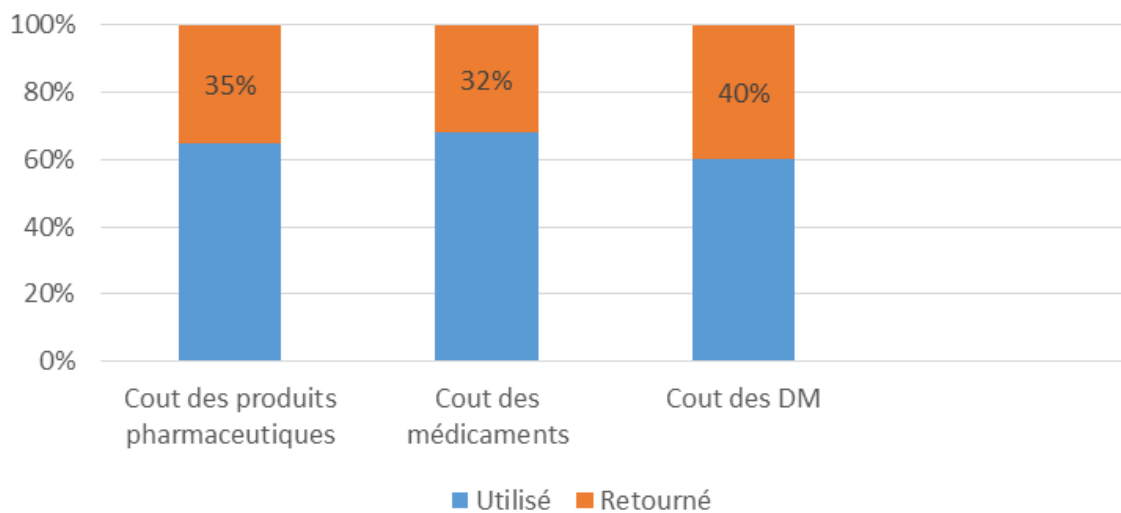


Figure 13 : Coût des unités enregistrées sur l'année 2018 pour le service d'HAD

- Coût des produits pharmaceutiques dispensés par les officines et par Probace est de 20 384 euros :
 - 11 022 euros de médicaments pour 92 ordonnances soit une moyenne de 120 euros par ordonnance de médicaments.
 - 8 733 euros de DM pour 38 ordonnances soit une moyenne de 230 euros par ordonnance de DM.

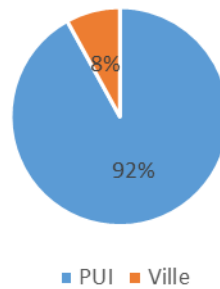


Figure 14 : Proportion des coûts de produits pharmaceutiques dispensés par la ville et par l'hôpital

III.3. Discussion :

Les étapes du circuit des produits pharmaceutiques sont liées entre elles. Pour apporter des propositions cohérentes et réalisables pour la dispensation, nous reprendrons l'ensemble des étapes du circuit du médicament. Nous proposerons ensuite des propositions d'actions à développer concernant la dispensation des produits pharmaceutiques.

III.3.1. Prescription :

L'hospitalisation à domicile reste, pour le moment, une prise en charge peu développée. En effet, au niveau national en 2016 le montant du coût global de l'HAD était de 967 millions d'euros ce qui correspond à 1% des dépenses hospitalières et 0,5% des dépenses de l'assurance maladie (4). Le Docteur Charlotte Salat identifie dans sa thèse que « *d'un point de vue quantitatif, la méconnaissance de l'HAD était le frein le plus important* » avec 48,1% des médecins généralistes des Hautes-Alpes qui ne connaissent pas le service d'HAD (5). Ce résultat se retrouve au niveau national, l'étude réalisée par l'institut de sondage Viavoice à la demande de la FNEHAD sur un échantillon représentatif de 300 médecins généralistes en novembre 2017 met en évidence que « *un médecin généraliste sur deux déclare ne pas se*

souvenir d'avoir déjà reçu d'information sur l'hospitalisation à domicile » (39). La FNEHAD rappelle que « *la formation des médecins, tant pratique que théorique, est ainsi un enjeu stratégique du développement de l'HAD* » (7). Au sein de l'hôpital de Gap, l'un des médecins coordonnateurs propose une formation sur l'HAD aux internes à chaque début de choix pour faire connaître le service et ses offres de soins ainsi que pour répondre à toutes les questions concernant l'HAD.

A contrario dans notre étude, 82% des IDEL ayant répondu au questionnaire avaient déjà collaboré avant décembre 2018 avec le service d'HAD et en connaissaient ses particularités. Même si l'étude portait sur des IDEL ayant pris en charge des patients d'HAD entre décembre 2018 et février 2019 et non l'ensemble des IDEL des Hautes-Alpes. Les IDEL, par leur présence quotidienne au domicile des patients connaissent certainement davantage le service. Soixante-deux pour cent des patients n'ont pas eu de consultation par leur médecin traitant durant leur séjour en HAD. En effet, certaines prises en charge, par exemple les pansements complexes chez des patients stables représentaient 23% des patients de notre étude, ne nécessitent pas forcément l'intervention du médecin traitant pendant le séjour du patient. Les IDEL compte tenu de leurs compétences relatives à leur connaissance des soins des plaies sont parfois plus à même à suivre l'évolution des plaies.

Quand les médecins traitants réalisent une nouvelle prescription plusieurs problématiques ont été relevées.

- La mise à jour du plan de soins au domicile du patient, ce point est plus spécifique à la prise en charge en HAD qui doit garantir « *l'intégralité et la dernière version en vigueur du traitement en raison des prescripteurs multiples, du renouvellement ou des modifications des ordonnances* » (37). C'est un des points critiques de l'administration identifié dans le guide de la HAS. Le déploiement du Dossier Patient Informatisé (DPI) avec le module HAD accessible depuis le domicile pourrait permettre d'avoir un plan de soins toujours à jour comme dans les autres unités de soins de l'hôpital (nous ne développerons pas les problématiques liées à la mise en place d'un tel module). Dans l'attente d'une solution technologique acceptable, la dernière version de l'ordonnance pourrait être transmise aux IDEL et aux médecins traitants via une messagerie sécurisée quand les médicaments ne sont pas livrés par une IDEC du service. Si l'IDEC livre les produits pharmaceutiques le plan de soins est mis à

jour et fourni lors de la livraison à condition qu'un médecin coordonnateur soit présent pour actualiser la prescription.

- La transmission de l'information du changement du plan de soins au domicile du patient à l'IDEL est nécessaire. En effet, un IDEL a fait remarquer qu'il n'avait pas été informé du changement du plan de soins au domicile du patient. Comme la traçabilité n'est pas faite systématiquement, en particulier si les piluliers sont faits à l'avance, il apparaît important de prévenir les IDEL de la mise à jour de l'ordonnance au domicile du patient.
- La transmission de tout changement de traitement par le médecin traitant doit être signalé à l'HAD pour que le plan de soins soit mis à jour par les médecins coordonnateurs et que les IDEC organisent la livraison des produits pharmaceutiques présents sur l'ordonnance. Les médecins traitants doivent connaître le circuit particulier des produits de santé pour prévenir l'équipe de l'HAD lorsqu'ils réalisent une nouvelle prescription au domicile. Ceci doit permettre à l'équipe coordinatrice d'avoir plus de temps pour organiser la livraison et pour retirer cette tâche aux IDEL qui remarquent être souvent le relais entre le médecin traitant et l'HAD. L'HAD de Gap dispose d'une page internet sur le site de l'hôpital où l'on peut consulter la plaquette de présentation de l'HAD (annexe 6). Une présentation du circuit des produits pharmaceutiques en HAD pourrait y être ajoutée.

L'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) dans son rapport de 2014 met en avant l'importance des prescriptions anticipées qui ne concernaient alors que 37% des patients décédés en HAD. Il incite à la mise en place d'outils de types « *mallette d'urgence palliative* » (40) qui sont en cours de réalisation à l'HAD de Gap. Le protocole anticipé avec la mise en place entre autres du midazolam et de la morphine fait déjà partie des pratiques à l'HAD de Gap, figure 15. Mais la problématique pour les IDEL est de définir la personne qui peut décider de la mise en route du traitement. L'IDEL lui-même, l'IDEC, le médecin traitant ou le médecin coordonnateur ? L'article R. 4311- 14 du CSP précise « *en l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé,*

remis au médecin et annexé au dossier du patient » (41). Pour faciliter de telles prises en charge pour l'IDEL qui se retrouve seul soignant au domicile du patient et pour que cette décision soit prise en concertation il serait souhaitable que le médecin indique sur le protocole la mention : « *débuter après avis auprès du médecin coordonnateur* » ou « *débuter après avis auprès du médecin traitant* ».

Spécialité	ATC	Posologie
SI BESOIN HAD		
a) KIT URGENCES HAD		
c) SCOPOLAMINE 1 mg/72 h (SCOPODERM TTS), dispositif transdermique	A04AD01	1 dispositif transdermique, 1 jour sur 3, si besoin, patch, jusqu'à arrêt
a) 50 mg MIDAZOLAM 50 mg (Labo MYLAN), sol inj, amp 10 mL 40 mL SODIUM CHLORURE 0.9%, sol inj, amp 20 mL (PROAMP)	B05XA03 N05CD08	en continu, IV, si besoin jusqu'à arrêt
b) 100 mg MORPHINE 100 mg (MORPHINE CHLORHYDRATE Labo RENAUDIN), sol inj, poche 100 mL Posologie de départ :0,5 mg / Heure(s)	N02AA01	IV, si besoin jusqu'à arrêt SI MISE EN ROUTE DU PROTOCOLE MIDAZOLAM = HYPNOVEL
d) SCOPOLAMINE 0.5 mg (SCOPOLAMINE BROMHYDRATE Labo RENAUDIN), sol inj, amp 2 mL	R07AX	1 ampoule , SC, si besoin jusqu'à arrêt Max par 24h: 4 ampoule

Figure 15 : Exemple protocole anticipé de l'HAD de Gap

III.3.2. Dispensation :

Tous les patients, lors de leur entrée en HAD, ont été informés de la délivrance des traitements par la pharmacie de l'hôpital.

- Mise à disposition des informations et des conseils de bon usage :

La mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage du médicament est une des missions du pharmacien lors de la dispensation (30). Ces informations sont également transmises par les IDEC qui vont, par exemple, former les IDEL à l'utilisation des pompes.

▪ Médicaments per os

Les IDEL constatent que les informations concernant les médicaments per os, comme par exemple une substitution d'un médicament par un autre, sont le plus souvent transmises via le plan de soins ou à l'oral. Mais une fois la modification faite ou si l'IDEL prend en charge un nouveau patient il n'a pas connaissance de l'antériorité des prescriptions. Les IDEL non

concernés par les médicaments per os sont ceux qui intervenaient chez des patients autonomes pour la prise de leur médicament ou qui intervenaient en EHPAD.

- **Médicaments injectables**

Les perfusions et protocoles sont incorporés au logiciel de prescription. Soixante et un pourcent des IDEL disent avoir toujours un protocole. Néanmoins, les cinq IDEL qui ont *répondu* « *de temps en temps* » ou « *jamais* » ont relevé des flous qui pourraient être corrigés. Le premier concerne la personne responsable de la décision de la mise en route du protocole anticipé abordé précédemment. Le second concerne les temps de perfusion indiqués sur le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP), par exemple, pour la rifampicine injectable 1h30 avec comme temps de mission de l'IDEL de 1h ; sur le RCP il est *indiqué* « *Voie injectable intraveineuse en perfusion lente (en principe 1 h 30)* » (42). Il s'agit ici d'une des problématiques du service évoquée dans la deuxième partie de ce mémoire et qui concerne la présence discontinue des soignants notamment pour la mise en place des perfusions. Le pharmacien doit vérifier que le temps de perfusion est indiqué sur le protocole de perfusion. Si la mission de l'IDEL est inférieure au temps indiqué sur le protocole cette information doit être tracée par écrit par le pharmacien après discussion entre les IDEC, le médecin coordonnateur et le pharmacien. En effet, une IDEL a fait remarquer que les informations étaient souvent transmises à l'oral, ce qu'elle apprécie, mais pas systématiquement tracées par écrit. Il faut donc veiller à formaliser et tracer les informations et conseils.

La formation concernant le fonctionnement des pompes est très appréciée des IDEL qui considèrent être majoritairement toujours formés à leur fonctionnement. Les IDEL qui n'étaient formés que « *de temps en temps* » concernaient des IDEL ayant eu à mettre en route la pompe sans avoir eu formellement la formation. En effet, la formation est faite à l'un des IDEL responsable de la prise en charge mais les IDEL sont plusieurs à intervenir au sein d'un même cabinet. La disponibilité des IDEC par téléphone pour toutes questions concernant le fonctionnement des pompes a été relevée par plusieurs IDEL interrogés et permet le plus souvent de palier aux IDEL non formés ou pas qui rencontrent des problèmes avec les pompes, comme par exemple la purge d'une tubulure. En plus de la notice de la pompe déjà présente au domicile du patient, on pourrait proposer des vidéos spécifiques à chaque pompe pour en expliquer le fonctionnement via des liens à partir de la page internet de l'HAD. Des vidéos déposées sur la plateforme Youtube® par des amateurs ou celles proposées par les fabricants des pompes pourraient aider à la formation des IDEL.

De plus, un IDEL faisait également remarquer que, d'un séjour à un autre, les pompes ne sont pas les mêmes et qu'il est alors nécessaire de se reformer. Nous disposons effectivement de plusieurs références de pompe qui font suite aux différents appels d'offres au cours des années précédentes et au rachat du matériel de l'ancienne HAD. Il est nécessaire pour chacune d'elle, d'acheter les références de tubulures adaptées à chacune des pompes. Pour résoudre ce problème une collaboration entre le service des achats de la pharmacie qui achète les tubulures et le service du biomédical qui achète les pompes est nécessaire afin, par exemple, de développer des mises à disposition de pompes avec compensation financières par l'achat des consommables dédiés à la pompe afin d'avoir une seule référence de pompe sur la période d'un marché.

- **Délivrance des produits pharmaceutiques :**

▪ **Médicaments :**

Le guide HAS « *Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments* » (37) donne des préconisations pour sécuriser la dispensation qui sont de :

- favoriser la délivrance du plus petit conditionnement existant ;
- favoriser le conditionnement unitaire ;
- limiter les quantités délivrées ;
- favoriser la dispensation à délivrance nominative en particulier pour les médicaments les plus à risque ;
- encourager la mise en place de matériels adaptés et/ou sécurisés ;
- impliquer les pharmaciens.

L'ensemble de ces préconisations sont mises en place à l'HAD de Gap avec une première délivrance pour dix jours puis pour sept jours. Les médicaments sont délivrés dans une poche à part qui contient toutes les prises de médicaments. Concernant les stupéfiants, ils sont délivrés dans une boîte métallique à code et étiquetée à l'intention du patient. Ce mode de délivrance, qui est différent de celui de la ville, est obligatoire car il permet de sécuriser l'entourage du patient à son domicile. Il est mis en place par la plupart des HAD comme le montre un poster présenté lors du congrès HOIPHARM par le CHU de Montpellier en 2014. Sept structures d'HAD sur dix de la région Languedoc-Roussillon délivraient les stupéfiants dans des mallettes sécurisées (43).

Dans les préconisations de la HAS concernant l'aménagement du rangement il est conseillé de conserver les médicaments dans leur conditionnement d'origine. Jusqu'à présent les

médicaments étaient délivrés dans un sac avec les quantités nécessaires pour sept jours (dix jours pour la première délivrance). Mais neuf IDEL ont signalé que les médicaments « *en vrac* » dans un sac étaient à l'origine d'une perte de temps considérable et ils sont identifiés comme une source d'erreur pour certains IDEL. En effet les quantités de médicaments délivrées peuvent être importantes car :

- les patients pris en charge sont le plus souvent polymédiqués,
- le livret thérapeutique de l'hôpital ne comportant pas tous les dosages de médicaments il faut prendre plusieurs formes galéniques pour réaliser une prise. (exemple, pour une prescription de zopiclone à 7,5 mg, on dispose au livret du dosage à 3,75 mg donc deux comprimés sont nécessaires pour la prise),
- les conditionnements hospitaliers de certaines spécialités sont encombrants et nécessitent pour certains un déconditionnement lors de leur réception et de leur stockage à la PUI.

L'organisation à la PUI a été revue et les médicaments sont maintenant délivrés dans leur conditionnement d'origine même si celui-ci n'est que partiellement plein ou dans un sachet ne contenant qu'une spécialité si le conditionnement secondaire n'est pas disponible. Nous avons pu observer un gain en temps et en sécurité pour les IDEC et les IDEL pour contrôler et trier les médicaments.

Pour éviter l'accumulation de stock au domicile du patient, nous pourrions séparer les prises en systématiques des prises en Si Besoin (SB) dans deux sachets distincts. Pour les prises en systémique noter les quantités au domicile du patient avec la date du jour. Pour les prises en SB délivrer les quantités maximales correspondant à la prescription et les IDEC complètent au domicile du patient avec ce qui a été consommé la semaine précédente.

▪ **Dispositifs médicaux :**

La difficulté de délivrance des dispositifs médicaux en HAD relève, premièrement du type de soins qui pour rappel, « *se différencie de ceux habituellement dispensés à domicile par leur complexité, leur durée et la fréquence des actes* » et de l'éloignement entre l'hôpital et le domicile du patient. Deuxièmement les pratiques des IDE, qui ne sont pas toujours les mêmes pour réaliser un même soin, peuvent expliquer certaines difficultés. Troisièmement un même soin, sur deux patients qui ont une morphologie différente va nécessiter la délivrance de DM différents.

Actuellement les IDEC réalisent une liste des DM nécessaires au domicile du patient pour une semaine. Cette liste est remise à jour à chaque visite à domicile par l'IDEC et est ensuite préparée par la PPH de la PUI.

La HAS recommande de fournir un relevé de réception pour les livraisons au domicile (37). Dans le questionnaire, on a interrogé les IDEL à ce sujet qui considèrent dans 79% des cas que c'est inutile, les prestataires leur mettent à disposition un relevé mais les IDEL ne le consultent pas. Les 21% qui jugent que ça pourrait être utile pensent qu'à la place de chercher si un DM est présent ou pas au domicile il serait plus simple de regarder le listing.

Pour l'HAD de Gap réaliser un point systématique au domicile du patient afin de commander au plus juste les DM nécessaires. Pour l'HAD de Gap il serait souhaitable d'uniformiser au maximum les DM nécessaires par typologie de prise en charge.

III.3.3. Stockage au domicile des patients :

Le stockage au domicile des patients des produits pharmaceutiques dans des colonnes en plastique composées de trois tiroirs est apprécié de la majorité des patients et des IDEL.

Pour imaginer les stocks au domicile, une patiente l'a résumé par un « *hôpital de campagne dans la chambre et les saletés dans la salle de bains* ». Une autre patiente trouvait que ça prenait beaucoup de place dans son appartement et d'autres patients ont précisé que cela ne posait pas de problème particulier car ils vivaient dans une grande maison.

Des IDEL ont fait remarquer que les stocks sont envahissants, imposants pour les patients et que selon l'environnement du domicile du patient il s'agit d'une réelle problématique. Les conditions d'hospitalisation sont parfois limitées en termes d'hygiène au domicile. C'est ainsi que nous avons pu relever par exemple de nombreux chats domestiques au domicile d'un patient ou encore un patient vivant en mobil home.

Cinq IDEL qualifient la colonne de rangement comme un outil « *pratique* ». Il permet également selon les IDEL de garder des stocks propres, rangés et que cette organisation représente un « *gain de temps* ». Deux IDEL soulignent que cela permet une meilleure organisation, plutôt que les cartons qu'ils peuvent rencontrer chez des patients pris en charge par d'autres services de soins à domicile.

Le service travaille actuellement à l'amélioration des colonnes de stockage car ces colonnes sont souvent insuffisantes et des cartons supplémentaires sont laissés au domicile des patients.

Les résultats de l'étude réalisée par l'institut de sondage Viavoice à la demande de la FNEHAD sur un échantillon représentatif de 1 000 Français en novembre 2017 révèlent que 39% des participants ne souhaitent pas que leur domicile ressemble à un hôpital (39). Il est donc important de travailler sur le stockage des produits pharmaceutiques, pour faciliter le travail des IDE ainsi que pour le confort des patients.

III.3.4. Administration et traçabilité :

Un des Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) recueilli à partir du dossier patient est « *l'organisation de la préparation et de l'administration du traitement médicamenteux* ». L'évaluation 2018 sur les dossiers 2017 a mis en évidence que les critères relatifs aux : nom/fonction ou entité du responsable de la préparation des médicaments et de l'administration des médicaments n'étaient pas conformes pour 61% des dossiers. Trente-six dossiers sur 51 comportaient au moins une non-conformité pour les critères suivants : une absence de trace de la personne responsable de la préparation des médicaments pour 35 dossiers et une absence de trace de la personne responsable de l'administration des médicaments pour 34 dossiers (annexe 5). D'un point de vue pratique, cette information est utile pour savoir à qui s'adresser s'il y a des modifications de prescription par exemple. En ce qui concerne le règlement « *dans la situation où le patient ou l'entourage participe à l'administration du traitement en l'absence de l'IDE, celle-ci s'assure de la prise et en assure la traçabilité aux dires du patient* » (37).

La traçabilité des administrations est une obligation liée à la prise en charge de nature hospitalière. Elle est chronophage comme cela a été relevé par un des IDEL qui réalise une traçabilité minutieuse mais qui conclut par « *on passe plus de temps à écrire que s'occuper des patients* ».

La majorité des IDEL ont bien eu l'information sur la traçabilité à réaliser pourtant certains ne le font pas ou pas systématiquement ou encore que pour certains médicaments. Quelles en sont les raisons ? La première raison réside dans le choix du document sur lequel effectuer la traçabilité : sur le plan de soins, en commentaires sur les fiches d'observation ou sur la fiche nominative pour chaque type de stupéfiant au domicile. En effet, la première problématique évoquée est la multiplicité des supports à remplir pour la réalisation des soins, que ce soit pour l'administration des médicaments hors stupéfiants, des stupéfiants, des échelles de la douleur, des observations sur l'état du patient. La seconde est le temps nécessaire pour réaliser l'exhaustivité de cette traçabilité.

Ces problématiques s'éloignent, à première vue, de notre objectif de dispensation mais cette question a permis de mettre en avant un des points critiques du processus d'administration qui est « *la qualité de la prescription évitant toute interprétation potentielle* » (35). En effet, huit IDEL ont signalé que le plan de soins proposé au domicile des patients était peu lisible et qu'ils préféreraient avoir une ordonnance. En attendant une solution technologique avec le DPI, il est possible de fournir l'ordonnance de la prescription et le plan de soins correspondant même si on multiplie les supports pour garantir une bonne compréhension de la prescription.

En EHPAD, les médicaments per os sont le plus souvent de la responsabilité de l'établissement où est hébergé le patient et sont tracés sur le logiciel interne de la structure.

Le développement des objets connectés, des applications dans le domaine de la santé et des modules informatiques spécifiques à la prise en charge en HAD sont des progrès qui vont pouvoir faciliter la prise en charge au domicile du patient. Le Docteur Rolin Pierre dans sa thèse sur l'« *Utilisation des applications de santé et des objets connectés par les médecins et les pharmaciens d'officine français en 2017* » (44) montre que « *les pharmaciens et les médecins semblent très intéressés par les piluliers connectés et par les applications de santé dédiées à l'observance médicamenteuse* » pour les patients. L'utilisation de ces piluliers pourrait être un outil pour optimiser la délivrance des médicaments en HAD.

III.3.5. Retours :

Le sentiment des acteurs du service sur les retours des produits non utilisés au domicile est confirmé par les chiffres. Les retours sont importants, que ce soit en termes de volume ou de coût : 133 543 unités de produits pharmaceutiques ont été retournées ce qui représente un coût de 82 243 euros pour l'année 2018. Les retours concernent autant les médicaments que les DM.

Le coût des retours des produits pharmaceutiques sur l'année 2018 doit également prendre en compte le coût humain nécessaire à traiter ces retours. Le PPH qui occupe actuellement un temps plein sur le poste de l'HAD passe plus d'un quart de son temps à traiter des retours. En effet, 24% des lignes enregistrées sur l'année 2018 pour le service d'HAD correspondent à des retours. Mais les retours de produits pharmaceutiques sont plus chronophages que les sorties, en plus de la saisie informatique et du mouvement physique du stock il faut, pour chaque retour, faire un tri pour isoler les produits ne venant pas de la PUI, classer les produits par référence et

vérifier l'intégrité de l'emballage et la date de péremption de chaque produit. Pour faciliter la gestion des retours, une antenne pharmaceutique est en cours de mise en place au niveau du service de l'HAD afin d'organiser, entre autre, un rangement par patient hospitalisé. Un des objectifs de l'antenne est de rétablir la présence du PPH à 0,7 ETP pour l'HAD et de récupérer 0,3 ETP pour les autres activités de la PUI.

Pour les IDEC, les retours sont également de la manutention supplémentaire et un tri chronophage des produits pharmaceutiques au domicile du patient. Six IDEL se sont exprimés sur l'importance des stocks au domicile des patients. Pour certains IDEL, c'est le nombre de références différentes laissées au domicile qui est compliqué à gérer et d'autres évoquent des quantités de stock trop importantes au domicile mais pas pour tous les produits. Par exemple, il a été cité par un IDEL un stock de sets de pansements très important mais à l'inverse un nombre exact d'aiguille de Hubert pour réaliser les soins de la semaine. Selon lui, « *pour les aiguilles de Hubert on n'a pas le droit à l'erreur* ».

Les avis divergent en ce qui concerne le gaspillage. Pour certains, l'HAD, avec une délivrance à la semaine, diminue le gaspillage par rapport aux dispensations faites par la ville pour un mois ou par certains prestataires pour quinze jours. En revanche pour d'autres, il y a beaucoup de gaspillage.

L'évaluation des retours de médicaments réalisée par le service HOSPIDOM à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM) met en évidence des volumes de retours rapportés au volume total délivré de 15,1% ce qui correspond à un coût de retours, rapporté au coût total, de 1,7% (annexe 7). Ces résultats sont très inférieurs à ceux retrouvés pour le service de Gap qui a, sur l'année 2018, des volumes de retours rapportés au volume total délivré de 32% ce qui correspond à un coût de retours, rapporté au coût total, de 35%. Il est difficile de comparer ces résultats car les spécificités des deux services sont différentes, HAD urbaine et rurale. Les soins palliatifs, qui sont la première activité du service de Gap, ne sont pas dispensés par le service d'HOSPIDOM. L'expérience des deux services qui n'est pas la même avec dix ans d'activité pour HOSPIDOM contre deux ans pour l'HAD de Gap peut expliquer également cette différence.

Une étude complémentaire est nécessaire pour identifier l'origine des retours : en fonction du type de prescriptions, de la cause des retours (sortie de prise en charge programmée, patient hospitalisé, patient décédé, sur stocks au domicile). Son but, améliorer la dispensation et

proposer par exemple des fréquences de livraisons différentes selon les prises en charge ou le lieu de vie du patient ou de son domicile. Des indicateurs nationaux basés sur les spécificités de la structure en termes d'activité, de mode de prise en charge, de particularité géographique, de fréquence de livraisons permettraient de comparer nos pratiques organisationnelles et le coût de la logistique médicale. Monsieur Morin dans son article « *Soins palliatifs en hospitalisation à domicile : état des lieux à partir des données hospitalières palliatives* » fait une estimation du coût moyen d'une journée d'HAD avec un mode de prise en charge principal « *soins palliatifs* » en France en 2013 de 220 euros (coût journalier moyen total, hors structure et hors médecin traitant). Le coût de l'ensemble des dépenses liées à la pharmacie, ainsi qu'à la préparation et la livraison des médicaments, consommables, matériel médical ou paramédical au domicile du patient est estimé à 12 euros soit 5,4% du coût journalier moyen (45).

III.3.6. Continuité des soins :

La continuité des soins est une des problématiques de l'HAD. Les IDEC et les médecins coordonnateurs vont coordonner les ressources humaines et les livraisons des produits pharmaceutiques pour assurer la continuité des soins. En plus de la livraison hebdomadaire par les IDEC des produits pharmaceutiques, le service doit également faire face aux changements de prescriptions qui nécessitent des livraisons urgentes. Les patients se souviennent uniquement des défauts de stock de médicaments d'où les différences de résultats concernant les « *ruptures* » de produits pharmaceutiques au domicile. Seulement 28% des patients contre 55% des IDEL ont été concernés par des livraisons en dehors de la livraison hebdomadaire. Les patients se souviennent essentiellement des médicaments qui n'ont pas pu être délivrés par la PUI et qui ont été récupérés dans leur officine. Les IDEL qui réalisent les soins se souviennent des défauts de stock liés aux DM et aux médicaments. Trois IDEL anticipent les stocks nécessaires pour réaliser les soins ce qui laisse un délai plus long pour livrer au domicile du patient. Deux IDEL se sont servis dans le stock de médicaments du patient pour palier au défaut de stock. Même si la majorité des patients et des IDEL sont livrés en moins de 24 heures, il reste des cas où la livraison s'est faite en plus de 24 heures. A l'hôpital, on doit travailler sur les défauts de stock au domicile du patient qui sont responsables selon les réponses aux questions de 40% des déplacements hors livraison hebdomadaire. Deux IDEL ont fait remarquer qu'il manque régulièrement des produits pharmaceutiques suite aux livraisons hebdomadaires, un double contrôle au niveau de l'établissement d'HAD pourrait permettre d'éviter ce problème. Le Docteur en génie informatique Rym Ben Bachouch s'est intéressé à établir un modèle mathématique pour l'élaboration des tournées de livraison de médicaments. Son modèle a été

testé par le service de l'HAD Soins et Santé de Lyon qui est concerné par une quarantaine de livraisons urgentes par jour en moyenne (40). Dans sa thèse il réalise également une comparaison entre le fonctionnement des établissements d'HAD avec et sans PUI et il constate que « *les urgences sont plus facilement gérées par les établissements disposant d'une PUI. En effet, le fait de disposer de l'ensemble des ressources matérielles à la PUI permet à l'HAD d'être plus réactive face aux besoins urgents des patients. Les structures ne disposant pas de PUI doivent attendre d'être livrées par la pharmacie d'officine ou la pharmacie de garde les week-ends* ». Comme nous le verrons par la suite d'autres solutions peuvent être proposées.

Huit IDEL ont apprécié la réactivité de l'équipe d'HAD : « *une logistique qui suit* » alors que les médecins généralistes, interrogés dans la thèse de C. Salat (2018) ont plutôt noté « *des délais parfois longs* ». En effet, dans les réponses aux questionnaires il y a un patient et une IDEL qui ont été livrés en plus de 48h.

Le recours aux pharmacies d'officine correspond à 8% des dépenses des produits pharmaceutiques du service d'HAD. Cette collaboration est essentielle pour subvenir aux prescriptions des médecins traitants quand le domicile du patient est éloigné ou qu'elle arrive à des heures où la PUI est fermée. L'inconvénient majeur de la dispensation de produits pharmaceutiques par la ville est la lourdeur administrative pour régler la pharmacie de ville. En effet, le pharmacien d'officine doit transmettre sa facture par courrier au service d'HAD. Dans le service, après ouverture du courrier par la secrétaire, la facture est contrôlée par la cadre du service puis transmise au service facturation de la pharmacie ce qui entraîne des délais de paiement pour les pharmaciens d'officine.

Cependant pour des raisons financières on ne peut imaginer une délivrance totale des traitements par les officines. Le centre hospitalier de Bourg-en-Bresse a fait une étude sur la différence de coût des produits pharmaceutiques entre la PUI et l'officine (46) et retrouve des coûts trois fois plus chers en officine qu'à la PUI pour les médicaments et cinq fois plus chers pour les DM. L'étude réalisée par la PUI Conception sur les dépenses 2016 en médicaments de leur service HOSPIDOM montrait, elle aussi, un surcoût d'environ 40% lorsque les médicaments étaient dispensés par les officines de ville et non plus par la PUI (annexe 8).

Le service d'HAD de Gap pourrait, en plus de la collaboration ville-hôpital, bénéficier d'une collaboration hôpital-hôpital. La création en juillet 2016 du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) des Alpes du Sud (47) regroupe six PUI, les PUI du CHICAS avec une PUI à

Gap et une PUI à Sisteron, les PUI du CH Buech Durance de Laragne, du CH d'Embrun, du CH d'Aiguilles et du CH des Escartons de Briançon. L'hôpital de Barcelonnette rejoint cette année 2019 le GHT des Alpes du Sud et avec lui une septième PUI vient agrandir nos possibilités de collaborations. Des prérequis sont indispensables à cette collaboration. Un livret thérapeutique commun est en cours d'élaboration. Une estimation de la charge de travail pour chaque PUI des centres hospitaliers est prévue. Pour cela il faut étudier les raisons des déplacements hors visite à domicile hebdomadaire :

- interne à notre organisation : erreur de délivrance par la pharmacie, erreur de commande à la pharmacie, stock indisponible à la PUI.
- externe au service : nouvelle prescription (DM, médicaments disponibles ou non en officine, matériel), problème de stock au domicile du patient.

Pour illustrer les déplacements chronophages que l'équipe de l'HAD est amenée à faire l'exemple de Monsieur X nous a paru particulièrement intéressant. Monsieur X habite Embrun, depuis l'entrée de son domicile on peut voir le portail du CH d'Embrun, mais comme Monsieur X est pris en charge par l'HAD de Gap les modifications de traitements sont livrées par le service d'HAD de Gap, ce qui représente 80 min de trajet en voiture par du personnel du service et cela sans évoquer la fatigue pour le personnel, les risques liés au déplacement, le véhicule utilisé et le carburant nécessaire.

Une collaboration entre les différentes PUI du GHT serait dans de tels cas extrêmement bénéfique, cette collaboration hôpital-hôpital sera évaluée par la certification de la HAS. D'ailleurs, le troisième axe de la future certification de 2020 s'intéresse aux regroupements d'établissements et à « *l'amélioration de la fluidité des filières et parcours pris en charge par le groupement au bénéfice du patient* » (38).



Entrée du Centre
hospitalier d'Embrun

Entrée de Monsieur X

III.3.7. Suivi, réévaluation et communication :

La communication a fait l'objet de plusieurs remarques, différents échelons de communication ont été évoqués :

- La communication au sein de l'équipe d'HAD, dont cinq IDEL ont eu l'impression que les problèmes rencontrés avec les produits pharmaceutiques ne parvenaient pas jusqu'à la pharmacie.
- La communication entre les autres équipes hospitalière et l'HAD. Les informations sont transmises du service hospitalier au patient mais pas à l'HAD.
- La communication aux patients et aux IDEL sur l'avancée de l'évolution des démarches.
- La communication des médecins traitants avec l'équipe d'HAD. Les IDEL font le relais à l'HAD pour signaler un changement de traitement au domicile du patient, problématique évoquée précédemment.
- La communication entre les différents intervenants lorsque la prise en charge concerne un patient d'EHPAD avec l'IDEC, l'IDE de l'EHPAD et l'IDE libéral.
- La communication avec le médecin coordonnateur de l'HAD. Tout comme les médecins traitants qui aimeraient échanger directement avec le médecin coordonnateur (5) les IDEL et les patients ont exprimé le même souhait.

La communication en ce qui concerne le circuit des produits pharmaceutiques peut être améliorée par la présence d'un pharmacien et d'un PPH au staff hebdomadaire du service d'HAD. En effet, c'est le moment privilégié de la semaine où un retour sur chaque patient est fait avec toute l'équipe. Le staff est l'occasion de réaliser des échanges directs avec les différents intervenant IDEC, médecin coordinateur, AS, ce qui simplifie la communication. Comme le note le Docteur Christophe Maucorps dans sa thèse sur le « *Positionnement du pharmacien hospitalier au sein du parcours patient dans le service d'hospitalisation à domicile du centre hospitalier de Vire* » la participation d'un pharmacien au « *staff du service permet (...) d'anticiper sur les demandes spécifiques en produits pharmaceutiques en vue d'une entrée prochaine d'un patient en HAD* » (48).

Deux IDEL ont fait des retours sur des problèmes rencontrés avec deux DM différents (étuis péniens, régulateurs de débit). Ces informations sont très importantes, d'une part pour trouver l'origine du problème et proposer un DM satisfaisant aux IDEL pour réaliser les soins, d'autre part pour alerter si besoin le service de vigilance sanitaire concerné par le problème et également

le service des marché de l'hôpital pour faire un retour aux industriels. La pharmacovigilance est particulièrement importante en HAD. En effet, la réalisation de soins de type hospitalier dans un nouvel environnement qu'est le domicile des patients nécessite entre autre la surveillance du risque d'effets indésirables résultant de l'utilisation des médicaments (49).

III.3.8. Satisfactions des patients et des IDEL vis-à-vis de la prise en charge médicamenteuse offert par l'HAD :

Une majorité des patients, 96%, et des IDEL, 79%, est satisfaite de la prise en charge médicamenteuse par l'HAD. Ceci est encourageant et va permettre de développer l'activité d'HAD pour arriver aux objectifs des autorités et ce d'autant plus que le développement de cette activité n'a de sens que si elle répond à un souhait des patients. Elle se fera d'autant mieux que les intervenants auprès des patients travaillent dans de bonnes conditions.

Les patients (n=12) et les IDEL (n=9) ont particulièrement apprécié la qualité des rapports humains dans la prise en charge avec l'HAD.

La permanence téléphonique assurée par les IDEC et les médecins coordinateurs 7jours/7 et 24/24 est jugé sécurisante par six IDEL. En 2013, Observatoire Nationale de la Fin de Vie (ONFV) qualifie l'HAD « *d'une solution rassurante et sécurisante* » pour les acteurs (50). Cette permanence téléphonique est particulièrement mise en avant par les IDE des EHPAD, en effet, la majorité des EHPAD ne disposent d'aucun infirmier de nuit.

III.3.9. Forces et faiblesses du travail :

Deux études descriptives ont permis de faire un premier état des lieux de la dispensation des produits pharmaceutiques après deux ans d'ouverture du service d'HAD de Gap. Elles ont permis d'appréhender la dispensation de manière différente.

L'enquête par téléphone a pour avantage une réalisation rapide. Elle a permis également d'avoir un échange avec notre interlocuteur ce qui permet de mieux comprendre les attentes et les réponses aux questions. Son principal inconvénient est que, même si un numéro de téléphone était disponible pour toutes les personnes incluses dans l'enquête, toutes n'étaient pas joignables ce qui a réduit les échantillons en particulier l'échantillon de patients.

L'enquête elle-même a été conçue par des observations personnelles au domicile des patients et sur les recommandations des instances supérieures HAS, FNEHAD.

L'analyse de l'activité des mouvements de stock concernant le service d'HAD confirme l'importance des retours. Elle concerne tous les types des produits pharmaceutiques, que ce soit les médicaments ou les DM. Mais elle reste très superficielle et elle doit être complétée par une analyse de la typologie des retours. L'efficacité des actions mises en place pourrait être évaluée par une analyse future des mouvements de stocks.

III.4. Perspectives :

Le décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux Pharmacies à Usage Intérieur définit les actions de pharmacie clinique (51) que sont : l'expertise pharmaceutique clinique des prescriptions, la réalisation de bilans de médication, l'élaboration de plans pharmaceutiques personnalisés, les entretiens pharmaceutiques et les autres actions d'éducation thérapeutique auprès des patients, l'élaboration de la stratégie thérapeutique permettant d'assurer la pertinence et l'efficacité des prescriptions, et d'améliorer l'administration des médicaments. Le Docteur Christophe Maucorps dans sa thèse sur le « *Positionnement du pharmacien hospitalier au sein du parcours patient dans le service d'hospitalisation à domicile du Centre hospitalier de Vire* » montre l'importance de ces actions dont la réalisation de bilans de médication en HAD « *pour les patients précédemment hospitalisés dans un service de soins conventionnel, la conciliation médicamenteuse d'entrée est d'autant plus importante que l'enchaînement des séjours hospitaliers augmente le risque d'erreurs médicamenteuses en multipliant les points de transition dans le parcours du patient* » (48).

L'action de pharmacie clinique, qui consiste à élaborer une stratégie thérapeutique permettant d'assurer la pertinence et l'efficacité des prescriptions, et d'améliorer l'administration des médicaments, trouve tout son sens en HAD. En effet, la distance entre la PUI et le domicile des patients demande beaucoup de réactivité de la part du personnel de l'HAD afin d'anticiper les livraisons mais aussi les difficultés que peuvent rencontrer les IDEL dans la réalisation des soins. Les IDEL n'ont pas toujours l'habitude de ces soins qui sont de nature hospitalière et qui sont réalisés dans un environnement isolé sans communication directe avec un médecin ou un pharmacien.

Actuellement à Gap nous pouvons regretter qu'il n'y ai aucun temps pharmacien dédié au service d'HAD, ce qui limite l'intervention du pharmacien à la validation des ordonnances depuis la PUI.

III.5. Synthèse des propositions d'actions et d'études à mettre en place :

III.5.1. Actions :

- PUI :
 - Mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage du médicament :
 - ❖ Protocole anticipé : ajouter par exemple informatiquement les formules « à débiter après avis du médecin coordonnateur » ou « à débiter après avis du médecin traitant ».
 - ❖ Harmoniser le temps de perfusion de manière à ce qu'il corresponde au minimum au temps de mission de l'IDEL.
 - Délivrance des médicaments :
 - ❖ Délivrer à l'unité, dans le conditionnement secondaire.
 - ❖ Séparer les médicaments en systématique des médicaments en si besoin dans deux poches distinctes.
 - ❖ Délivrer les quantités maximales des médicaments en si besoin.
 - Service des marchés achat d'une seule référence de pompe par des procédures de mise à disposition.
- Equipe d'HAD :
 - Dédier un temps pharmacien à l'HAD.
 - Présence d'un pharmacien et d'un PPH au staff hebdomadaire.
 - Développer les activités de pharmacie clinique.
 - Uniformiser quand c'est possible les DM nécessaires par typologie de prise en charge.
 - Développer les informations disponibles sur la page web de l'HAD :
 - ❖ Présentation du circuit des médicaments en HAD.
 - ❖ Procédure du circuit des produits pharmaceutiques.
 - ❖ Vidéos de formation pour les pompes avec les principaux problèmes rencontrés par les IDEL.

- IDEC :
 - Au sein de l'établissement d'HAD :
 - ❖ Réaliser un double contrôle de tous les produits délivrés par la PUI avec la dernière version de l'ordonnance.
 - ❖ Stocker le surplus de DM et de médicaments en si besoin ramenés de chez le patient dans la caisse du patient présente dans le service.
 - ❖ Tenir informés les IDEL du changement du plan de soins s'il intervient hors des visites à domicile hebdomadaires.
 - Au domicile du patient :
 - ❖ Noter pour les prises la date du jour et la quantité présente au domicile du patient.
 - ❖ Compléter les stocks de médicaments en si besoin au domicile du patient et ramener le surplus à l'HAD et le stocker dans la caisse du patient présente dans le service.
 - ❖ Point systématique sur les stocks des DM au domicile.
- Disposer du DPI au domicile du patient sinon :
 - Demander aux médecins traitants de nous transmettre les ordonnances par messagerie sécurisée.
 - Imprimer une ordonnance et un plan de soins pour réaliser la traçabilité des administrations.

III.5.2. Etudes complémentaires pour améliorer la dispensation :

- Etude sur l'origine des retours : sortie de prise en charge programmée, patient hospitalisé, patient décédé, surstocks au domicile correspondant aux médicaments en systémique, aux médicaments en si besoin.
Objectif, optimiser les commandes et les stocks au domicile des patients.
- Etude sur les raisons des déplacements hors visite à domicile hebdomadaire : raisons internes au service (erreur de délivrance par la pharmacie, erreur de commande à la pharmacie, stock disponible à la PUI insuffisant) ou raisons externes au service (nouvelle prescription, DM, médicaments disponibles ou non en officine, matériel), problème de stock au domicile du patient.
Objectif, trouver des solutions pour traiter les demandes urgentes, prérequis à une collaboration inter hôpital.

Conclusion

La dispensation des produits pharmaceutiques pour les patients en HAD est complexe. En effet, la frontière entre des stocks théoriques suffisants mais ne laissant pas la place à une erreur et l'accumulation de stocks de produits pharmaceutiques envahissants pour le patient et source d'erreur pour les IDEL est fine. Les soins délivrés se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par leur complexité, leur durée, leur fréquence et leur nature de type hospitalière ; ceci entraîne des délivrances importantes de produits pharmaceutiques pour réaliser des soins au domicile des patients qui peuvent se trouver à plus d'une heure de route même avec de bonnes conditions météorologique et de circulation. Les études réalisées sur la dispensation des produits pharmaceutiques à l'HAD de Gap après deux années d'activité ont permis de proposer des actions d'amélioration pour les différentes étapes du circuit des produits pharmaceutiques et d'identifier de nouvelles pistes de collaboration. La délivrance des produits pharmaceutiques au domicile des patients pourrait en être facilitée, ce qui permettrait de développer certaine activité de pharmacie clinique en HAD.

Pour assurer une continuité des soins sans faille et un circuit du médicament efficient il faut développer les liens avec les hôpitaux et PUI du GHT ainsi qu'avec les officines. En effet, même si les médicaments et les DM sont plus couteux que ceux disponibles à la PUI, la proximité de l'officine du patient avec son domicile en fait un atout majeur. Les solutions technologiques comme l'accès à un DPI au domicile du patient permettraient également d'optimiser le traitement du patient ainsi que la gestion des stocks.

Bibliographie

1. Bénézet J-P. De la dispensatio à la dispensation. Rev Hist Pharm. 2004;92(343):391-404.
2. Le médicament - Le pharmacien - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 18 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Champs-d-activites/Le-medicament>
3. Le CH de Gap reprend seul l'activité d'HAD - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. [cité 24 févr 2019]. Disponible sur: <https://federation.fhf.fr/Regional-Federations/PACA/Vie-de-la-Federation-et-de-ses-adherents/Le-CH-de-Gap-reprend-seul-l-activite-d-HAD>
4. Rapport d'activité 2016-2017 FNEHAD.pdf [Internet]. [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2017/11/FNEHAD_RA_web.pdf
5. Salat C. Quels sont les déterminants à la prescription de l'Hospitalisation A Domicile par les médecins généralistes des Hautes-Alpes ? [Thèse d'exercice]. Aix-Marseille Université; 2018.
6. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
7. Rapport d'activité 2017-2018 FNEHAD.pdf [Internet]. [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2018/11/FNEHAD_RA1718_WebP-1.pdf
8. Décret no 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et modifiant le code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?numJO=0&dateJO=20070224&numTexte=44&pageDebut=03382&pageFin=03382
9. Instructions et circulaires récentes | Legifrance [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: <http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=36720>
10. Haute Autorité de Santé -Procédure de certification V2014 [Internet]. [cité 7 juin 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1495044/fr/v2014
11. Haute Autorité de Santé - Fin de vie : en parler, la préparer et l'accompagner [Internet]. [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2834548/fr/fin-de-vie-en-parler-la-preparer-et-l-accompagner
12. Insee Focus, 594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles à leur domicile - 95 [Internet]. [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3134763>

13. Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016) rapport DRESS 2017.pdf [Internet]. [cité 6 avr 2019]. Disponible sur: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd23 dix ans d'hospitalisation à domicile 2006-2016.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd23_dix_ans_d'hospitalisation_à_domicile_2006-2016.pdf)
14. HAS. Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum recommandation de bonne pratique 2011 [Internet]. [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et post-partum argumentaire 90 pages.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/situations_pathologiques_pouvant_relever_de_l'hospitalisation_à_domicile_au_cours_de_l'ante_et_post-partum_argumentaire_90_pages.pdf)
15. Circulaire DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD).pdf [Internet]. [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/12/cir_37726.pdf
16. Commission spécialisée de l'organisation des soins Compte-rendu de la séance 05/12/2016.pdf [Internet]. [cité 21 avr 2019]. Disponible sur: https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2017-07/PV_CSOS_du_5-12-2016_.pdf
17. CHICAS Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud – hospitalisation à domicile [Internet]. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.chicas-gap.fr/france/DT1484566342/page/Zone-d-intervention-de-l-HAD-.html>
18. Projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire des Alpes du Sud 2017-2021 [Internet]. [cité 3 avr 2019]. Disponible sur: https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/agence_r_gionale_de_sant_paca/avenant%201CC%20GHT%20Alpes%20Sud%2005.pdf
19. MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ DIRECTION DES HOPITAUX. Circulaire N° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile [Internet]. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_295_300500.pdf
20. Code de la santé publique - Article R6121-4-1. Code de la santé publique.
21. Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile (guide provisoire 2019).pdf [Internet]. [cité 17 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3525/guide-methodo-had-2019-provisoire.pdf>
22. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé [Internet]. [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023865866&categorieLien=id>
23. HAS Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD 2017 [Internet]. [cité 10 juin 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-12/algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile had à destination des médecins prescripteurs.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-12/algorithme_d'aide_à_la_décision_d'orientation_des_patients_en_hospitalisation_à_domicile_had_à_destination_des_médecins_prescripteurs.pdf)

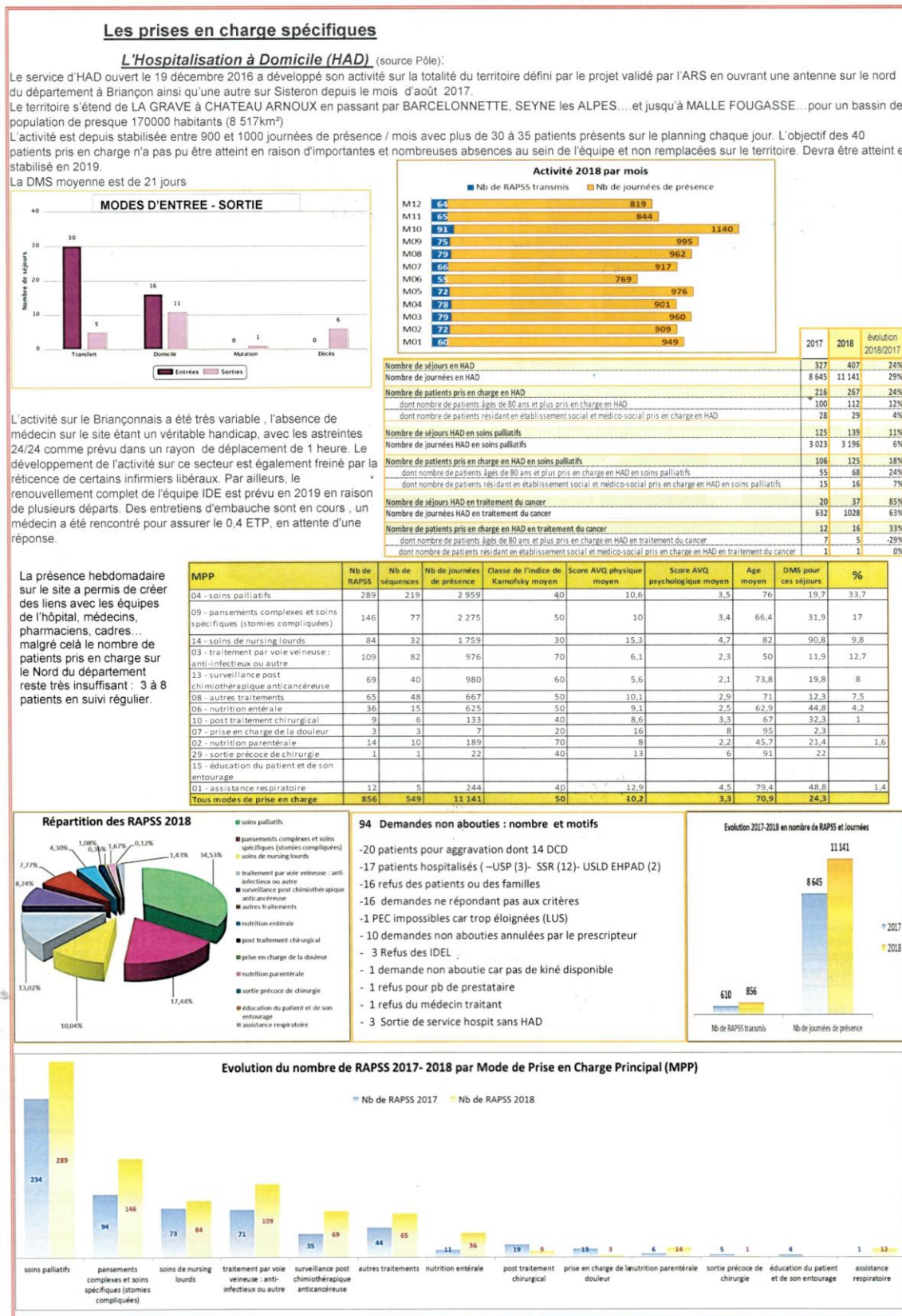
24. Décret n° 2017-817 du 5 mai 2017 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile. 2017-817 mai 5, 2017.
25. Code de la santé publique - Article R4235-48. Code de la santé publique.
26. Code de la santé publique - Article R5126-44-1. Code de la santé publique.
27. Convention PUI officine.pdf [Internet]. [cité 10 mai 2019]. Disponible sur: http://www.afev-has.net/iso_album/had_et_med.pdf
28. Accord cadre pour le développement entre les établissements HAD et pharmaciens titulaires.pdf [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2018/05/accord_cadre_pour_le_developpement_entre_les_etablissements_HAD_et_pharmaciens_titulaires-....pdf
29. SFPC niveaux d'analyse.pdf [Internet]. [cité 20 avr 2019]. Disponible sur: <http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/454-sfprecommandationbpbpharmaciecliniqueniveauanalysesept12/0.html>
30. Guide de la prise en charge du médicament en HAD dans le cadre de la certification V2014 .pdf [Internet]. [cité 23 févr 2019]. Disponible sur: http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2016/12/Guide-PECM-FNEHAD_v10102016.pdf
31. Circulaire DHOS/O3/DGAS/2C no 2007-365 du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées [Internet]. [cité 18 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-11/a0110058.htm>
32. Décret n° 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement. 2012-1030 sept 6, 2012.
33. Circulaire DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social .pdf [Internet]. [cité 18 mai 2019]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/03/cir_36720.pdf
34. Circulaire DGOS/PF2 no 2012-72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de sant.pdf [Internet]. [cité 12 mai 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-03/ste_20120003_0100_0037.pdf
35. Spécialités pharmaceutiques en HAD 2019 | Publication ATIH [Internet]. [cité 14 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/specialites-pharmaceutiques-en-had-2019>
36. Gohari A, Mittaine-Marzac B, Marquestaut O, Farinotti R, Paubel P. Faut-il une liste en sus pour les anticancéreux par voie orale en hospitalisation à domicile ? J Gest Econ Medicales. 1 juin 2018;36(1):3-16.

37. HAS Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments 2013.pdf [Internet]. [cité 20 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/3ebad_guide_adm_reduit_261113.pdf
38. Haute Autorité de Santé - La certification V2020 : où en est-on ? [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2859685/fr/la-certification-v2020-ou-en-est-on
39. VIAVOICE. L'hospitalisation à domicile perceptions et niveau de connaissance du grand public et des professionnels de santé [Internet]. 2017 [cité 31 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2017/12/FNEHAD.-Perceptions-li%C3%A9es-%C3%A0-lHAD.-Pr%C3%A9sentation-Viavoice-EMBARGO-06-12-1.pdf>
40. Observatoire National de la Fin de Vie Rapport 2014 - « Fin de vie et précarités » [Internet]. [cité 28 mai 2019]. Disponible sur: https://www.espace-ethique-poitoucharentes.org/obj/original_100501-onfv-rapport-2014-fin-de-vie-et-precarites.pdf
41. Code de la santé publique - Article R4311-14 | Legifrance [Internet]. [cité 28 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913902&dateTexte=&categorieLien=cid>
42. Résumé des caractéristiques du produit - RIFADINE IV 600 mg, poudre et solvant pour solution pour perfusion - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 12 juin 2019]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63096551&typedoc=R>
43. Thomas J, Poreaux A, Pechaud R, Ayach L, Rosant D, Ponrouch MP, Roch-Torreilles I, Rambourg P. Mise en place du circuit des médicaments en hospitalisation à domicile (HAD) : analyse organisationnelle et réglementaire, approche régionale. In La Rochelle; 2014. Disponible sur: https://www.synprefh.org/files/archives/hopi2014_poster-125.pdf
44. Rolin P. Utilisation des applications de santé et des objets connectés par les médecins et les pharmaciens d'officine français en 2017 [Thèse d'exercice]. Université de Rouen; 2017.
45. Morin L. Soins palliatifs en hospitalisation à domicile : état des lieux à partir des données hospitalières. févr 2017;16.
46. Bel kamel A, Renebon E, Jean-Bart E, Morey F, Bonnefous J. Approvisionnement pharmaceutique des patients d'hospitalisation à domicile (HAD) : pharmacie à usage intérieur (PUI) versus pharmacie d'officine (PO). Pharm Hosp Clin. 1 sept 2015;50(3):335-6.
47. CHICAS, GHT Alpes du sud Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud [Internet]. [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.chicas-gap.fr/france/DT1180008465/page/Le-Groupement-Hospitalier-de-Territoire.html>

48. Maucorps C. Positionnement du pharmacien hospitalier au sein du parcours patient dans le service d'hospitalisation à domicile du Centre hospitalier de Vire [Thèse d'exercice]. Université de Caen. UFR des sciences pharmaceutiques; 2018.
49. ANSM. Bonnes pratiques de pharmacovigilance [Internet]. 2018 [cité 10 juin 2019]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/content/download/115483/1461439/.../1/.../BJPV-fevrier_2018.pdf
50. Vivre la fin de sa vie chez soi [Internet]. [cité 10 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000186.pdf>
51. Décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur. 2019-489 mai 21, 2019.

Annexes

Annexe 1 : Statistiques de l'activité d'HAD de Gap 2018.



Annexe 2 : Exemple de liste de DM pour le domicile d'un patient

Produits	Code pharmacie	QT Type/ Semaine	A prévoir pour le :	Manque en stock pour le :
Tubulure avec réservoir pompe rythmique	17867	4		
Seringues de 30 LL	2978	25		
Seringues de 60 LL	1075	4		
PROLONGATEUR avec robinet 3 voies	5847	3		
PROLONGATEUR PSE 1.5M	2991	25		
PERFUSEUR SIMPLES 1 VOIE	1127	20		
Rampe anti reflux VYSTAR 4 robinets	11404	3		
Na cl 0.9 % 100 ml	2392	30		
Aiguille trocart rose	1049	1 boite		
Compresses stériles 7.5x7.5 (sachet)	949	1boite		
Sparadrap	972	1		
Beta alcoolique	10582	1		
Béta scrub	344	1		
SHA	8961	1		
Gants non stérile taille 7	929	1 boite		
Aiguille de Hubert 19G20mm	2987	3		
seringues 20 cc LL	7713	50		
Sérum physiologique 20cc	232	40		
Bouchons anti reflux	16962	3		
Set pose aiguille Huber	18421	3		
Pansement aiguille de Hubert	17609	3		

Annexe 3 : Procédure « Circuit du médicament et dispositifs médicaux - Service HAD » de Gap

	Circuit du médicament et dispositifs médicaux - Service HAD	Réf : PCP_P_0237
		Version : 1
		Diffusion : 13/04/2018
Mots clés : Circuit du médicament, Dispositifs médicaux, HAD		Page : 1/5

Rédaction	Validation	Approbation
C. COLLIER le 26/03/2018	Dr C. MAGNALDI-AZZURO le 12/04/2018 Dr C. METZ le 09/04/2018	R. MESNARD le 12/04/2018

Date de la dernière révision :

Objet

Cette procédure précise les points spécifiques du circuit du médicament pour le service de IAD, en complément de la procédure de prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé.

Domaine d'application

Cette procédure s'applique à l'ensemble du personnel de IAD et de la PUI du CHICAS.

Définitions

CHICAS : Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud

HAD : Hospitalisation à Domicile

OMEDIT : Observatoire de Médicament, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation thérapeutique

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

DM : Dispositifs Médicaux

IDEC : Infirmière Diplômée d'État Coordinatrice

IDEL : Infirmier Diplômé d'État Libéral

VAD : Visite à Domicile

Références

- ✗ Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéreuses dans les établissements de santé, les syndicats hospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L.595-1 du code de la santé publique.
- ✗ Arrêté du 06 avril 2011 relatif au management de la qualité de prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
- ✗ Arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans les établissements de santé, les groupements de coopération sociale et médico-sociale, les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article R.5126-1 du code de la santé publique.
- ✗ Code de la santé publique (partie réglementaire-Décret en conseil d'État). Pharmacies à Usage Intérieur : art. R5104-8 et suivants.
- ✗ Code de la Santé Publique (partie réglementaire -Décrets en conseil d'État) Commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles art R5104-52 à 56-1.
- ✗ Code de déontologie médicale.
- ✗ Décret n°2002-1994 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière art 5 à 9, 13 et 14.
- ✗ Bonnes pratiques de pharmacie hospitalière. Paris, ministère de l'Emploi et de la solidarité.
- ✗ Contrat de bon usage des médicaments et produits et prestations mentionnés à l'article L 162-22-7 du code de sécurité sociale : décret du 24 août 2005.

PCP_P_0237 - version 1 du 13/04/2018 / (05/06/2019)



Circuit du médicament et dispositifs médicaux - Service HAD

Réf : PCP_P_0237

Version : 1

Diffusion : 13/04/2018

Mots clés : Circuit du médicament, Dispositifs médicaux, HAD

Page : 2/5

Documents associés

- ✘ Prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé, réf. PCP_P_0086.
- ✘ Procédure de gestion des traitements médicamenteux personnels des patients, réf. PCP_P_0070.

Annexes

Sans objet.

PCP_P_0237 - version 1 du 13/04/2018 / (05/06/2019)

Sommaire (si nécessaire)		
A -	DEFINITIONS	3
B -	DESCRIPTION / CONTENU	3
1.	PRESCRIPTION	3
2.	DISPENSATION	3
3.	PREPARATION DES SPECIALITES PHARMACEUTIQUES POUR LE DOMICILE DU PATIENT	3
4.	TRANSPORT	3
5.	STOCKAGE	4
6.	ADMINISTRATION	4
7.	SORTIE DU PATIENT	4
8.	CAS PARTICULIERS	4
9.	REFERENTIEL HAD	5
10.	AMELIORATION ENVISAGEE	5

Mises à jour / Nouvelles versions			
Version	Date de modification	§ modifié	Nature des modifications



Circuit du médicament et dispositifs médicaux - Service HAD

Réf : PCP_P_0237

Version : 1

Diffusion : 13/04/2018

Mots clés : Circuit du médicament, Dispositifs médicaux, HAD

Page : 3/5

A - Définitions

Le circuit du médicament en établissement de santé est composé d'une série d'étapes successives, réalisées par des professionnels différents : la prescription est un acte médical, la dispensation un acte pharmaceutique et l'administration un acte infirmier ou médical.

B - Description / Contenu

1. Prescription

Cf. Procédure de prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé, réf. PCP_P_0086.

=> Prescriptions nominatives papier en cas d'urgence.

2. Dispensation

La PUI du CHICAS (Gap) fournit l'ontégralité des spécialités pharmaceutiques. Aucune dispensation par une pharmacie de ville ne doit être réalisée, en dehors de situations prévues ou exceptionnelles, avec l'accord du médecin coordonnateur le motif étant tracé dans le dossier de soins patient.

Il existe 2 types de dispensation :

- Globale, basée sur une dotation validée par le médecin coordonnateur et le pharmacien avec un renouvellement hebdomadaire en système de Çvide plein È,
- Nominative.

Cette prescription est validée par le pharmacien. Des substitutions sont proposées si nécessaire, pour entre autre respecter le livret thérapeutique. Le pharmacien peut rentrer en contact avec le médecin prescripteur en cas de questions sur le traitement.

Aucune dispensation n'est effectuée sans prescription, sur une prescription non valide ou sans validation pharmaceutique.

3. Préparation des spécialités pharmaceutiques pour le domicile du patient

La préparation est effectuée le jour de la première délivrance pour 10 jours et ensuite une fois par semaine pour 7 jours. Des ajustements peuvent être effectués si nouvelle prescription validée par le pharmacien.

4. Transport

L'ontégralité des spécialités pharmaceutiques est transportée au domicile du patient dans des sacs fermés identifiés au nom de patient. Les DMS sont transportés dans des cartons identifiés au nom du patient.

Les stupéfiants sont transportés dans une boîte en fer fermée par un code à 3 chiffres et seulement par les IDEC.

PCP_P_0237 - version 1 du 13/04/2018 / (05/06/2019)



Circuit du médicament et dispositifs médicaux - Service HAD

Mots clés : Circuit du médicament, Dispositifs médicaux, HAD

Réf : PCP_P_0237

Version : 1

Diffusion : 13/04/2018

Page : 4/5

5. Stockage

Au domicile les dispositifs médicaux sont stockés et rangés dans des colonnes à tiroir en plastique mis à disposition par l'HAD pour les IDEL. Les médicaments devant être conservés entre 4j et 8j sont conservés dans le réfrigérateur du patient.

Un inventaire des colonnes contenant les dispositifs médicaux est réalisée une fois par semaine lors de la visite à domicile, afin de procéder au réapprovisionnement adéquat.

Cas particulier des stupéfiants :

Les stupéfiants sont systématiquement enfermés dans une boîte à code à 3 chiffres au domicile du patient. La combinaison du code est communiquée au IDEL du patient. Le réapprovisionnement des stupéfiants est effectué une fois par semaine lors de la VAD.

En cas de problème, un signalement est fait auprès de la cadre du service.

La gestion et la traçabilité des stupéfiants à domicile est à la charge des IDEL ou du patients s'il est autonome.

6. Administration

L'administration peut être assurée par le patient lui-même, un accompagnant, l'IDEL ou le personnel de l'HAD.

Un plan de soin papier issu du logiciel informatique est mis à disposition des IDEL dans le dossier patient au domicile et imprimé chaque semaine ou à chaque modification de prescription, afin de vérifier la prescription médicale et la traçabilité de l'administration.

7. Sortie du patient

Lors de la sortie du patient, les spécialités pharmaceutiques stockées au domicile sont rendues à la pharmacie.

Dans tous les autres cas (médicaments déjà mis dans les piluliers par exemple), les spécialités sont éliminées en DASRI.

8. Cas particulier

☒ Gestion des traitements personnels :

Le service de l'HAD suit la procédure en application sur l'Hôpital (PCP_P_0070).

☒ Dépannage en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie :

Le service de l'HAD suit la procédure en application sur l'Hôpital (PCP_P_0086).

PCP_P_0237 - version 1 du 13/04/2018 / (05/06/2019)



Circuit du médicament et dispositifs médicaux - Service HAD

Réf : PCP_P_0237

Version : 1

Diffusion : 13/04/2018

Mots clés : Circuit du médicament, Dispositifs médicaux, HAD

Page : 5/5

9. Référent en HAD

☞ Pharmacie :

Le référent en pharmacie travaille en collaboration avec le pharmacien et la préparatrice en pharmacie référente du service HAD.

Il assure la diffusion des procédures à ses collègues.

Il est présent au staff du service hebdomadaire afin d'être informé en temps et en heure des prises en charge des patients et de éventuelles modifications de celles-ci.

Il veille au respect des règles de gestion et de stockage des produits pharmaceutiques.

Il participe à la révision de la dotation en produits pharmaceutiques et en dispositifs médicaux.

☞ Référent des stupéfiants :

Le référent travaille en collaboration avec le pharmacien et la préparatrice en pharmacie référente des médicaments classés comme stupéfiants.

Il maintient à jour ces connaissances sur la législation des médicaments classés comme stupéfiants.

Il participe à la révision de la dotation des stupéfiants.

Un contrôle de la dotation est organisé une fois par semaine et tracé.

10. Amélioration envisagée

Le service étant d'ouverture récente cette procédure pourra être modifiée au fil des retours d'expérience et des améliorations discutées en concertation avec chacun des acteurs qui gravitent autour du service de CHAD.

PCP_P_0237 - version 1 du 13/04/2018 / (05/06/2019)

- Traçabilité de l'administration des médicaments en particulier des formes IV, des stupéfiants
 - o Vous le faisiez
 - o Toujours
 - o De temps en temps
 - o Jamais
 - o Ne se rappelle plus
 - o Avez-vous été informé de la nécessité de cette traçabilité
 - o Oui
 - o Non
 - o Ne se rappelle plus
- La prise en charge médicamenteuse par l'HAD vous semble
 - o Bonne
 - o Moyenne
 - o Mauvaise

Remarque oui/non :

Merci de votre participation un mail pour vous transmettre ma thèse oui/non et si vous avez des suggestions sur le circuit des produits pharmaceutiques

Interrogation des patients ou d'un proche
Patient ou Proche (qui / au patient) ?.....

- Déroulement de la prise en charge médicamenteuse à l'entrée en HAD, délivrance des traitements par la pharmacie de l'hôpital
 - o Clair ou
 - o Pas clair

- Suite à la visite de votre médecin comment avez-vous récupéré les traitements
 - o L'équipe de l'HAD vous l'a amené
 - o Le traitement a été délivré par votre pharmacien d'officine
 - décision prise par l'HAD
 - initiative personnel
 - ne se rappelle plus

- Ruptures des produits pharmaceutiques (DMS, médicaments dans la prise en charge (nouvelle ordonnance, pb de stock))
 - o Oui : concerne le médicament, les DMS, les deux, ne se rappelle plus
 - o Non

Si oui

Temps : 24h, 24-48h, >48h

Raison : changement de prescription,
Défaut de stock au domicile du patient,
Ne se rappelle plus

- Stockage des produits pharmaceutiques au domicile
 - o Satisfaisant
 - o Moyennement satisfaisant
 - o Catastrophique

- La prise en charge médicamenteuse par l'HAD vous semble
 - o Bonne
 - o Moyenne
 - o Mauvaise

Annexe 5 : Indicateur IPAQSS, tenue du dossier patient, recueil 2018 sur données 2017

Indicateur IPAQSS : tenue du dossier patient en HAD

Recueil 2018 sur données 2017

La qualité de la tenue du dossier patient est d'autant plus grande que le score ou le % est proche de 100

L'objectif demandé par l'HAS est d'atteindre un score de 80

Score obtenu	Détails sur les non-conformités	Ce qui est attendu
<p>Score de la qualité de la tenue du dossier patient</p> <p>Valeur = 73</p>	<p><u>Critère 1 : document médical de demande d'admission en HAD :</u> Sur 60 dossiers évalués, 13% non conformes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de document médical relatif à l'admission indiquant les motifs d'hospitalisation dans 8 dossiers 	<ul style="list-style-type: none"> - Un document à en-tête d'un médecin ou d'un établissement de santé (courrier, demande d'admission, ...) - Une retranscription d'une demande téléphonique dans le dossier - une lettre de liaison à la sortie de l'hospitalisation précédente si patient muté/transféré
	<p><u>Critère 2 : éléments relatifs à la pré-admission renseignés</u> (antécédents, pathologie à l'origine de la prise en charge, motif, évaluation de la dépendance, évaluation sociale) :</p> <p>Sur 60 dossiers : 28 % non conformes</p> <p>17 dossiers avec au moins une NC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas d'antécédents dans 5 dossiers - Pas de mention de la pathologie à l'origine de la PEC dans 3 dossiers - Pas de motif de PEC tracé dans 5 dossiers - Pas d'évaluation de la dépendance dans 10 dossiers - Pas d'évaluation sociale dans 10 dossiers 	<p>Recherché UNIQUEMENT dans le dossier de pré-admission et émis par la structure HAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents (peuvent être retrouvés lors d'une évaluation antérieure au maximum dans les 3 mois avant l'hospit) - Pathologie à l'origine de la prise en charge - Motif de prise en charge - Evaluation de la dépendance : échelle ou questionnaire - Evaluation sociale pouvant être réalisée par tout le personnel (contexte social, mode de vie, antécédents sociaux, conditions de vie,...) (Si le patient est pris en charge en EHPAD, l'évaluation sociale n'est pas à renseigner)
	<p><u>Critère 3 : accord du médecin traitant pour la prise en charge du patient en HAD :</u> Sur 50 dossiers : 94% non conformes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de trace de l'accord du médecin traitant dans 47 dossiers 	<p>Demandé que si ce n'est pas le médecin traitant qui a fait la demande de PEC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retranscription d'un entretien téléphonique, - Accord écrit - ...
	<p><u>Critère 4 : Accord du patient ou de son entourage pour sa prise en charge en HAD :</u> Sur 60 dossiers : 37 % non conformes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de trace de l'accord du médecin traitant (quand ce n'est pas lui qui a fait la demande de PEC) dans 22 dossiers 	<ul style="list-style-type: none"> - Notification dans le dossier indiquant que la patient (ou l'entourage) accepte ou non la PEC

	<p><u>Critère 5 : Trace des prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge</u> (datées au plus tard dans les 48h suivant l'admission ou antérieures à l'admission) :</p> <p>Sur 60 dossiers : 2% non conformes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de prescription dans 1 dossier 	<p><i>Pour chaque prescription :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nom et prénom du patient - Date de prescription - Signature du prescripteur - Nom du prescripteur - Dénomination des médicaments - Posologie (dosage unitaire et rythme) - Voie d'administration - Durée du traitement
	<p><u>Critère 6 : mention de l'identité de la personne de confiance (nom + prénom + tel ou adresse) :</u></p> <p>Sur 59 dossiers : 19% non conformes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence du nom, prénom + tel ou adresse de la personne de confiance dans 11 dossiers 	<p><i>Information recherchée dans l'ensemble du séjour concerné ou dans un questionnaire spécifique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nom et prénom de la personne de confiance <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> - N°de téléphone ou adresse
	<p><u>Critère 7 : mention de l'identité de la personne à prévenir (nom + prénom + tel ou adresse) :</u></p> <p>Sur 60 dossiers : 17% non conformes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence du nom, prénom + tel ou adresse de la personne à prévenir dans 10 dossiers 	<p><i>Information recherchée dans l'ensemble du séjour concerné</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nom et prénom de la personne à prévenir <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> - N°de téléphone ou adresse
	<p><u>Critère 8 : traçabilité de l'évaluation des risques liés à la prise en charge au domicile :</u></p> <p>Sur 60 dossiers : 15% non conformes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence d'évaluation du risque lié à la PEC à domicile dans 9 dossiers 	<p><i>Evaluation des risques liés à la prise en charge à domicile pour le patient retourné que une grille spécifique ou mentionnés dans le dossier :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Risques liés au patient : risque hémorragique lié à tt anticoagulant, patient dément, patient toxico, risque infectieux (BMR)... - Risques liés à des traitements : chimio, stockage au domicile,... - Risques liés à l'environnement : patient seul au domicile, conjoint dément, hebergemen rpécaire, animaux, difficulté d'accès,...) - Risques liés à des problèmes sociax-économiques
	<p><u>Critère informatif : document relatif à la continuité des soins à la sortie de l'HAD :</u></p> <p>Sur 60 dossiers : 15% non conformes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de lettre de liaison à la sortie dans 9 dossiers 	<ul style="list-style-type: none"> - Lettre de liaison à la sortie (en cas de mutation, une trace écrite justifiant médicalement cette mutation est acceptée)

Score obtenue	Détails sur les non-conformités	Ce qui est attendu
<p style="text-align: center;">Score de la coordination de la prise en charge en HAD</p> <p style="text-align: center;">Valeur = 59</p>	<p><u>Critère 1 : protocole de soins renseigné, daté et information du médecin traitant :</u></p> <p>Sur 60 dossiers : 57% non conformes</p> <p>34 dossiers avec au moins 1 NC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de trace de l'information du médecin traitant dans 2 dossiers - Pas de description des intervenants dans 27 dossiers - Pas de précision des interventions envisagées dans 1 dossier - Pas de précision de la fréquence des interventions dans 6 dossiers 	<p><i>Ce qui est attendu</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formalisation des soins et de l'activité des différents intervenants (= protocole de soins ou projet personnalisé de soins ou projet thérapeutique ou projet médical,...) - Ce n'est pas la planification journalière des soins ou le diagramme des soins. - Retrouvé sur support unique - Doit être réévalué à chaque séjour - Daté au plus tard dans les 7 jours suivant l'admission - Trace de l'information du médecin traitant - Trace des professionnels qui interviendront au domicile + type d'intervention + fréquence/rythme ou nombre d'intervention - Coordonnées des intervenants (à rechercher dans l'ensemble du dossier)
	<p><u>Critère 2 : organisation de la préparation et de l'administration du traitement médicamenteux</u> (nom/fonction ou entité du responsable de la préparation des médicaments et de l'administration des médicaments) :</p> <p>Sur 59 dossiers : 61% non conformes</p> <p>36 dossiers avec au moins 1 NC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de trace de la personne responsable de la préparation des médicaments dans 35 dossiers - Pas de trace de la personne responsable de l'administration des médicaments dans 34 dossiers 	<p><i>Doit être réalisé dans les 48 heures suivant l'admission (ou sur document de pré-admission)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Information concernant l'anticipation de la préparation des médicaments (ex : le patient prépare son traitement, la famille gère le pillulier, l'IDE prépare le traitement, la pharmacie prépare le pillulier,...) - Information concernant l'anticipation de l'administration des médicaments (ex : le patient est autonome pour la prise de son traitement, le conjoint administre de traitement, l'IDE est chargée de l'administration,...)
	<p><u>Critère 3 : réunion pluri-professionnelle au cours du séjour avec présence du médecin coordonnateur</u> (trace d'une réunion pluridisciplinaire ou moins 1 fois au cours du séjour + trace de la participation du médecin coo + pour les séjours >30 jours, trace d'une 2^{ème} réunion) :</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trace dans le dossier de ce qui a été discuté pour le patient au cours du séjour lors d'une réunion pluri-professionnelle, une réunion de synyède, un staff,... (au moins 2 professionnels différents)

	<p>Sur 60 dossiers évalués : 30 % non conformes</p> <p>18 dossiers avec au moins une NC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de trace de réunion pluridisciplinaire dans 9 dossiers - Pas de trace de la participation du médecin coo dans 9 dossiers - Pas de trace de 2^{ème} réunion pour des séjours > 30 jours 	<ul style="list-style-type: none"> - Une 2^{ème} trace de réunion si le séjour est >30 jours - Participation de médecin coordonnateur
	<p><u>Critère 4 : évaluation des moyens logistiques</u> (traçabilité des moyens logistiques déjà en place et des moyens logistiques à mettre en place au domicile :</p> <p>Sur 60 dossiers : 17% non conformes</p> <p>10 dossiers avec au moins une NC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de trace des moyens logistiques déjà en place dans 10 dossiers - Pas de trace des moyens logistiques à mettre en place dans 8 dossiers 	<ul style="list-style-type: none"> - Trace des moyens logistiques déjà en place (domicile, établissement social ou médico-social) - Trace des moyens logistiques à mettre en place (domicile, établissement social ou médico-social)
<p>Suivi du poids en HAD</p> <p>52% de conformité</p>	<p>Sur 46 dossiers inclus, 22 ne comportaient pas de poids (et un suivi de poids quand nécessaire) + indication de la variation du poids avant l'admission</p>	<p><i>De la préadmission jusqu'aux 7 jours suivant l'admission, on doit retrouver dans le dossier :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La notification du poids - Une autre mesure du poids dans les 15 jours suivant l'admission (pour les séjours >21 jours) - La mention de variation du poids à l'entrée
<p>Tracabilité de l'évaluation du risque d'escarres</p> <p>53% de conformité</p>	<p>Sur 30 dossiers inclus, 16 ne comportaient pas d'évaluation du risque d'escarres par une échelle ou un jugement clinique dans les 7 jours suivant l'admission et de conclusion vis-à-vis de ce risque</p>	<p><i>Pour les patients ayant un indice de Karnofsky supérieur à 50 :</i></p> <p><i>Dans les 7 jours suivant l'admission :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation du risque d'escarres (par une échelle, un jugement clinique ou une notification), notée dans le dossier - Conclusion sur le risque d'escarre (information explicite indiquant que le patient est à risque ou pas de développer des escarres)

Annexe 6 : Plaquette de présentation de l'HAD de Gap

UNE EQUIPE

A VOTRE SERVICE

- **Un médecin coordonnateur :**
 - ❖ Accorde les prises en charge en HAD.
 - ❖ Travaille en étroite collaboration avec le médecin traitant.
 - ❖ Etablit avec les médecins hospitaliers et libéraux les projets thérapeutiques.
- **Un cadre infirmier :**
 - ❖ Organise l'activité paramédicale.
 - ❖ Coordonne les moyens du service en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations.
 - ❖ Participe à l'élaboration du projet thérapeutique.
- **Des Infirmières de coordination :**
 - ❖ Coordonnent les moyens humains et matériels au domicile du patient
 - ❖ Assurent la continuité des soins au domicile et l'astreinte 24H/24
 - ❖ Participent à l'élaboration du projet thérapeutique
- **Des Aides-soignantes :**
 - ❖ Réalisent les soins au domicile, seuls ou en binômes avec les intervenants libéraux
 - ❖ Participent à l'élaboration du projet thérapeutique.

- **Une Assistante Sociale :**
 - ❖ Participe à l'élaboration du projet thérapeutique.
 - ❖ Participe à l'évaluation médico-sociale.
 - ❖ Oriente et soutient le patient et ses proches dans les différentes démarches liées à l'HAD.
- **Une psychologue :**
 - ❖ Soutien et orientation psychologique du patient et des proches le temps de l'HAD.
 - ❖ Travaille en coordination avec l'équipe HAD et les différents professionnels intervenants.
- **Une secrétaire :**
 - ❖ Assure l'accueil téléphonique de l'ensemble des appels (patients/intervenants/prestataires).
 - ❖ Organise la gestion administrative du séjour patient.
- **Un logisticien :**
 - ❖ Participe à l'aménagement du domicile du patient.

L'hospitalisation à domicile est une activité soumise à autorisation de l'Agence Régionale de Santé. L'HAD des Alpes du Sud est la seule HAD autorisée sur le département des Hautes-Alpes et la seule à pouvoir faire usage de l'appellation d'établissement HAD (article 6125-2 du Code de la Santé Publique).



HOPITAL A DOMICILE
1, place Auguste Muret
05007 GAP Cedex
had.gap@chicas-gap.fr



ACCUEIL TELEPHONIQUE

24 H/24

04.92.40.78.00

L'HAD C'EST :

Une hospitalisation à part entière qui permet d'assurer au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux coordonnés et continus en associant le médecin hospitalier, le médecin traitant et tous les professionnels paramédicaux et sociaux.

L'HAD concerne des malades de tous âges atteints de pathologies graves aiguës ou chroniques, souvent multiples, évolutives et ou instables qui, en l'absence de l'HAD, seraient hospitalisés en établissement de santé traditionnel.

L'HAD assure une prise en charge globale et pluridisciplinaire formalisée par un projet thérapeutique individualisé.

LES SOINS EN HAD

Les soins délivrés peuvent être classés en trois catégories :

- Des soins ponctuels techniques et complexes pour une pathologie non stabilisée et pour une durée déterminée ;
- Des soins continus techniques et plus ou moins complexes, associant soins de nursing lourds et entretien de la vie pour une pathologie évolutive et une durée non déterminée ;
- Une réadaptation au domicile après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique complexe, cardiologique ou d'une polyopathie pour une durée déterminée.

LES PRINCIPAUX CRITERES D'HAD

- Soins palliatifs
- Pansements complexes (escarres, ulcères, brûlures) Vacthérapie
- Soins de nursing lourds
- Prise en charge de la douleur
- Nutrition entérale et parentérale
- Antibiothérapie et traitements par voie veineuse à usage hospitalier
- Surveillance post traitement chirurgical

- Chimiothérapie - surveillance post chimiothérapie, post radiothérapie et aplasie
- Assistance respiratoire

L'HAD APORTE :

- Des soins pluridisciplinaires assurés 7j/7 et 365 jours par an.
- Une astreinte infirmière 24h/24 avec intervention au domicile du patient si nécessaire.
- Une astreinte médicale téléphonique.
- 24h/24 y compris les week-ends et les jours fériés.
- Le médecin traitant reste le référent médical du patient.
- La coordination de l'ensemble des professionnels intervenant à domicile.
- La délivrance des médicaments, du matériel, le support technique et logistique, la formation des utilisateurs.
- Une aide aux démarches administratives et sociales.
- Un soutien psychologique aux patients, à leur famille et aux aidants.

L'HAD : MODE D'EMPLOI

- L'HAD nécessite une prescription médicale et l'accord du médecin traitant.
- Une évaluation médicale et infirmière peut être déclenchée sur simple demande téléphonique auprès du secrétariat du service et après une rapide étude du dossier par l'équipe de coordination de l'HAD.
- L'admission en HAD peut être réalisée sous 48 heures en fonction de la nature de la prise en charge et des conditions au domicile du patient.
- L'HAD assure l'ensemble des formalités administratives liées à la prise en charge.

NOUS CONTACTER

TEL 04 92 40 78 00

FAX 04 92 40 78 01

had.gap@chicas-gap.fr

Annexe 7 : Poster Evaluation des retours de médicaments provenant du service d'HAD HOSPIDOM



Evaluation des retours de médicaments provenant d'un service d'hospitalisation à domicile



Nicolas Faure^{1,2}, Sabine Graziano¹, Claudia Scognamiglio¹, Charleric Bornet¹, Sophie Gensollen¹

¹Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille, Centre Hospitalier de la Conception, service Pharmacie, 147 Boulevard Baïlle, 13005 MARSEILLE

²Faculté de Pharmacie, 27 Boulevard Jean Moulin, 13005 MARSEILLE

Introduction

HOSPIDOM est le service d'Hospitalisation A Domicile (HAD) de l'AP-HM. Il est divisé en trois départements : Adulte, Pédiatrique, Obstétrique. Ces derniers ont une capacité de 50 lits dont 65% sont occupés par le service Adulte. L'HAD est une prise en charge spécifique puisque les patients sont hospitalisés à leur domicile. Pour répondre aux besoins des patients, nous avons opté pour une Dispensation Hebdomadaire Individuelle Nominative (DHIN) des produits pharmaceutiques. Une procédure relative au circuit du médicament pour l'HAD a été mise en place. Devant les difficultés rencontrées en raison de l'éloignement et de la diversité des lieux de stockage, ce circuit est régulièrement audité.



Objectif

Etudier les causes des retours d'une part et le coût qu'ils représentent d'autre part.

Matériel et méthodes

- Logiciel PHARMA®
 - Logiciel de prescription et de gestion des stocks.
 - Obtention des coûts relatifs aux retours
- Base de données du Contrôle de Gestion
 - Obtention des volumes et des coûts de médicaments délivrés par la PUI au service de HAD sur la période concernée.
- Données comptabilisées à partir des retours :
 - La quantité de produits retournés et la part qu'ils représentent,
 - La raison de ces retours lorsqu'elle est identifiée,
 - La provenance des médicaments retournés (PUI ou officine),
 - La présence ou non de la fiche de retour,
 - L'état des médicaments retournés, leur péremption et leur coût.

Résultats et discussion

- Résultats : 1811 unités de médicaments ont été retournées sur la période.



- Discussion :
 - Les retours sont pour près de 60% liés à des hospitalisations dans des services conventionnels, des décès ou encore des sorties de patients. Ces événements sont difficilement prévisibles. Cependant les 35% liés à des surstocks pourraient être évités, en adaptant les demandes en fonction des stocks de médicaments présents chez les patients (ce qui est préconisé de faire lors de la visite à domicile).

Conclusion

- ✓ La gestion de ces retours est chronophage notamment avec des fiches de retours incomplètement remplies. Des efforts restent donc encore à faire afin d'améliorer le circuit du médicament. De plus 35% des retours sont possiblement évitables.
- ✓ Le coût représenté par les retours reste faible et représente un pourcentage bien inférieur au pourcentage de retour exprimé en volume. Cela est plutôt rassurant et laisse à penser qu'une attention plus soutenue est réservée aux médicaments onéreux malgré les difficultés liées à la coordination entre agents hospitaliers et personnel libéral.

Annexe 8 : Poster Organisation du circuit du médicament et Hospitalisation A Domicile : Impact sur la sécurisation du circuit et sur les dépenses pharmaceutiques



ORGANISATION DU CIRCUIT DU MEDICAMENT ET HOSPITALISATION A DOMICILE : Impact sur la sécurisation du circuit et sur les dépenses pharmaceutiques

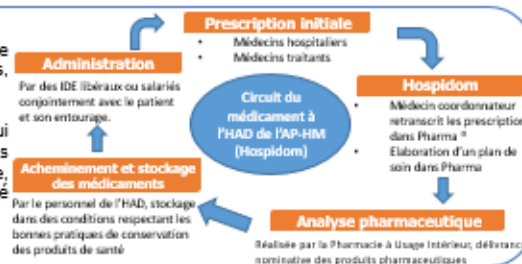


ZYPINOGLU Joris, VASINO Fanny, POINS Martine, GENSOULEN Sophie
Pharmacie Hôpital de la Conception - AP-HM, 147 Boulevard Baille, 13005 Marseille

Introduction

L'hospitalisation à domicile est une structure permettant de raccourcir ou éviter une hospitalisation avec hébergement. Le malade dispose ainsi de soins continus, diversifiés, complexes, fréquents et coordonnés.

Plusieurs documents officiels déterminent l'organisation du circuit du médicament qui implique de nombreux professionnels de santé, internes et externes au CHU. D'après ces textes, les médecins coordonnateurs de l'HAD n'ont pas vocation à prescrire, cependant ils retranscrivent les prescriptions d'autres médecins dans le logiciel dédié de l'AP-HM ce qui pose le problème de la responsabilité de la prescription.



Objectifs



Matériel et méthodes

- Extraction des données économiques depuis Pharma et l'application du contrôle de gestion de l'hôpital.
- Prix des médicaments obtenu grâce aux bases de données Vidal et Thériaque, comparaison du prix des produits par rapport à celui de l'AP-HM.
- Enquête téléphonique menée auprès de 10 HAD (publiques ou privées)

Résultats – Discussion

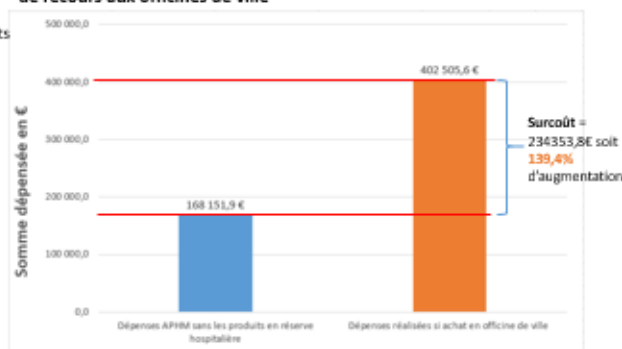
➤ Arrêt des prescriptions dans Pharma®

- Multiplication des plans de soins
 - Multiplication des ordonnances
 - Possible doublon entre les ordonnances des différents intervenants
 - Confusion possible
 - Perte de temps pour le personnel soignant
 - Problème de sécurité pour le patient
- Dispensation en officine de ville
 - Augmentation des dépenses pharmaceutiques

➤ Enquête auprès de 10 HAD (publiques ou privées)

- Peu de recours aux pharmacies d'officine
 - Si périmètre d'action le permet
 - Si pas de PUI à proximité
- Retranscription de la prescription dans un logiciel de prescription
 - Par les médecins coordonnateurs ou internes du service
 - Quelle que soit la prescription d'origine

Extrapolation du surcoût dépenses pharmaceutiques HAD 2016 en cas de recours aux officines de ville



Conclusion

Le système de dispensation mixte officine-PUI représente un surcoût non négligeable. De plus ce système ne permet pas d'avoir une vue globale du traitement du patient, à cause de l'élaboration de plusieurs plans de soin, entraînant ainsi une confusion et donc un problème de sécurité pour le patient. La possibilité de disposer de tablettes numériques au domicile du patient permettrait au personnel de santé de disposer en temps réel de la dernière prescription figurant dans le logiciel institutionnel. Cela concourrait à la sécurité du patient et à la fluidité du circuit des produits pharmaceutiques.

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes 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, de respecter le secret professionnel.*
- ❖ 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, méprisé de mes confrères, si j'y manque.

Résumé

L'Hospitalisation à Domicile (HAD) permet au patient de bénéficier à son domicile de soins coordonnés de nature hospitalière. La dispensation, définie par le Code de la Santé Publique, comporte trois actes : l'analyse pharmaceutique, la préparation des médicaments et les conseils et informations nécessaires au bon usage des médicaments. La dispensation des produits pharmaceutiques, médicaments et Dispositifs Médicaux au sein des structures d'HAD peut dépendre d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) ou d'une officine. L'HAD de l'hôpital de Gap a ouvert en décembre 2016, la dispensation des produits pharmaceutiques dépend de la PUI de l'hôpital. Nous avons dressé un premier état des lieux de la dispensation par l'HAD de Gap. Elle a été appréhendée à travers deux problématiques : la satisfaction des utilisateurs (patients et Infirmiers Diplômés d'Etat Libéraux -IDEL) et la performance de la délivrance des produits pharmaceutiques. Pour la première, une enquête téléphonique a été réalisée entre le 25 mars et le 21 mai 2019 auprès de 33 IDEL et de 25 patients. Pour la seconde, nous avons évalué l'impact des retours sur l'activité des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière (PPH). Nous avons étudié le nombre et la nature des lignes enregistrées de mouvements de stocks sur l'année 2018 à partir du logiciel de gestion des stocks. Des propositions pour la dispensation des produits pharmaceutiques par la PUI et pour la gestion des stocks au domicile des patients par les différents acteurs du circuit ont été formulées pour le service à partir de l'état des lieux réalisé et des outils publiés dans la littérature.