

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

**Soutenu publiquement le 15 Septembre 2014  
Par M. Lehoux Quentin**

---

**Rôle du Pharmacien d'Officine  
dans la prise en charge en Hospitalisation à  
Domicile (HAD) : une perspective?**

---

**Membres du jury :**

**Président :** M. ODOU Pascal, Professeur des Universités et  
Praticien Hospitalier

**Assesseur :** M. DECAUDIN Bertrand, Professeur des Universités et  
Praticien Hospitalier

**Membre extérieur :** M. ALLAN Frédéric, Pharmacien d'Officine et  
Titulaire



## Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille



Université Lille 2  
Droit et Santé

rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE  
CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

### Université Lille 2 – Droit et Santé

Président : Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE  
Vice- présidents : Professeur Alain DUROCHER  
Professeur Régis BORDET  
Professeur Patrick PELAYO  
Professeur Frédéric LOBEZ  
Professeur Monique CAPRON  
Professeur Salem KACET  
Madame Stéphanie DAMAREY  
Monsieur Pierre RAVAUX  
Monsieur Larbi AIT-HENNANI  
Monsieur Edouard DANJOU

Directeur Général des Services : Monsieur Pierre-Marie ROBERT

### Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Doyen : Professeur Luc DUBREUIL  
Vice-Doyen, 1<sup>er</sup> assesseur : Professeur Damien CUNY  
Assesseurs : Mme Nadine ROGER  
Professeur Philippe CHAVATTE  
Chef des services administratifs : Monsieur André GENY

### Liste des Professeurs des Universités :

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BAILLEUL	François	Pharmacognosie
M.	BERTHELOT	Pascal	Chimie Thérapeutique 1
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	Chimie Thérapeutique 2
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie Générale
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie Générale
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mlle	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GESQUIERE	Jean-Claude	Chimie Organique

M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
Mme	GRAS	Hélène	Chimie Thérapeutique 3
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie thérapeutique 2
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE- LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY – MAILLOLS	Anne Catherine	Droit et déontologie pharmaceutique
Mlle	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire
M	TARTAR	André	Chimie Organique
M.	VACCHER	Claude	Chimie Analytique
M.	MILLET	Régis	Chimie Thérapeutique (ICPAL)

### Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	BRUNET	Claude	Pharmacologie
Mme	CAPRON	Monique	Immunologie
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
M.	DUBREUIL	Luc	Bactériologie
M.	DUTHILLEUL	Patrick	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	Chimie Organique (ICPAL)

### Liste des Maitres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique 2
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
M.	BEGHYN	Terence	Chimie Thérapeutique 3
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARATO	Pascal	Chimie Thérapeutique 2
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire

Mlle	CHABÉ	Magali	Parasitologie
Mlle	CHARTON	Julie	Chimie Organique
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie
Mlle	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Melle	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
M.	FARCE	Amaury	Chimie Thérapeutique 2
Mlle	FLIPO	Marion	Chimie Organique
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mlle	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique 1
Mlle	LEONHARD	Julie	Droit et déontologie pharmaceutique
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	LORIN-LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
M.	MOUTON	Nicolas	Physique
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NEUT	Christel	Bactériologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVÁ	Frank	Biochimie
Melle	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
M.	SERGHERAERT	Eric	Droit et déontologie pharmaceutique
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
Mlle	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
Mme	THUILLIER	Pascale	Hématologie
Mme	VANHOUTTE	Geneviève	Biochimie
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique
M.	YOUS	Saïd	Chimie Thérapeutique 1
M.	FURMAN	Christophe	Pharmacobiochimie (ICPAL)
Mme	GOOSSENS	Laurence	Chimie Organique (ICPAL)

### Liste des Maitres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie

### Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et déontologie pharmaceutique

### Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

### Professeurs Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ABADIE	Eric	Droit et déontologie pharmaceutique

### Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BERTOUX	Elisabeth	Pharmacie Clinique - Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
M.	FIEVET	Pierre	Information Médicale
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	WATRELOS	Michel	Droit et déontologie pharmaceutique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

### AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique

À mes Parents, ma Famille, Roger et Pierrot...

---

## **Remerciements:**

Je voudrais remercier en premier lieu mon directeur de thèse, M. Bertrand Decaudin, Professeur des Universités et praticien hospitalier pour m'avoir guidé durant toute la réalisation de cette thèse, merci pour votre aide et votre disponibilité, je vous en suis très reconnaissant.

Je remercie aussi toute ma famille et principalement mes parents, Valérie et Olivier, qui m'ont toujours soutenu au cours de mes études et même au-delà, sans eux je n'aurais pas été capable d'arriver là où j'en suis et je suis incroyablement fière de ma famille tout autant, et je l'espère, qu'eux sont fiers de moi.

J'ai aussi une pensée toute particulière pour mes pairs, Marie-Pierre Graff et Frédéric Allan, merci à vous pour m'avoir insufflé votre passion de l'Officine et m'avoir instruit au métier de pharmacien, votre exemplarité et votre éthique ont toujours été un modèle pour moi. Je vous témoigne tout mon respect et ma gratitude.

Je voudrais aussi remercier mes amis et en quelques sortes ma deuxième famille, Gautier, Elodie, Amaury, Benoit, Florian, Veronique, Jacques-Antoine et Quentin, vous avez toujours été là pour moi, même dans les moments les plus difficiles, l'aboutissement de cette thèse est une victoire que je partage avec vous. Merci aussi à Justine et Etienne, confrères et amis, qui m'ont soutenu et en qui je pourrais toujours compter.

Enfin je voudrais remercier mes compagnons de Faculté et amis d'enfance, avec qui nous avons partagé notre scolarité, nos exams et nos joies.

Merci à tous.

<b>REMERCIEMENTS:</b>	<b>7</b>
<b>GLOSSAIRE :</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>11</b>
<b>I. CAS PRATIQUE D'UNE PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT EN HAD A L'OFFICINE :</b>	<b>13</b>
<b>II. L'HAD, QU'EST CE QUE C'EST ?</b>	<b>22</b>
A. EN THEORIE	22
1. <i>Définition.</i>	22
a) L'hospitalisation à domicile, c'est quoi ?	22
b) Qui est concerné ?	23
2. <i>Rétrospective historique</i>	23
3. <i>Organisation</i>	26
a) Comment fonctionne la structure ?	26
b) Les différents types de structure d'HAD	27
c) Tarification	28
4. <i>Acteurs</i>	29
a) Le Médecin traitant	29
b) Le Médecin hospitalier	29
c) Le Médecin coordonnateur	30
d) Infirmiers et autres personnels	30
5. <i>L'HAD en quelques chiffres.</i>	31
a) Évolutions	31
b) Répartitions géographique	32
c) Populations concernées	33
d) Les différentes activités	33
B. EN PRATIQUE	35
1. <i>Ce qu'apporte la loi HPST.</i>	35
2. <i>Avantages</i>	37
a) Coûts	37
b) Qualité des soins	37
c) Un soutien psychologique et social puissant	39
3. <i>Encore des réticences.</i>	40
4. <i>Dépendance des patients</i>	42
a) Activité de la Vie Quotidienne (AVQ) :	42
b) Indice de Karnofsky	43
<b>III. PHARMACIEN D'OFFICINE ET HAD, MODE D'EMPLOI</b>	<b>43</b>
A. ROLE.	43
1. <i>La convention entre HAD et officines.</i>	43
2. <i>Modalité de délivrance et de tarification</i>	44
a) Délivrance	44
b) Facturation	46
c) Responsabilité et Devoir du Pharmacien	46



3. <i>L'intervention du pharmacien d'officine dans un établissement disposant d'une PUI</i>	47
4. <i>Exemples d'intervention du pharmacien</i>	47
5. <i>Suivi Pharmaceutique Personnalisé: SPP</i>	47
6. <i>Bonnes pratiques et PEP</i>	48
a) Gestion des événements indésirables, pharmaco- et matéro-vigilance:	49
b) Gestion des plaintes et réclamations:	49
c) Gestion du dossier patient	50
d) Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse	50
e) DASRI et MNU	51
B. FORMATION.	51
<b>IV. UNE PERSPECTIVE POUR LA PROFESSION ?</b>	<b>52</b>
A. COMPARAISON : L'HAD AVEC ET SANS PUI	52
B. INTERETS ET VALORISATION POUR L'OFFICINE	54
1. <i>Discussion : les pharmaciens d'officine au quotidien.</i>	54
a) Une pharmacie rurale dans le Pas-de-Calais (62):	54
b) Une pharmacie en milieu semi-rural dans le Pas-de-Calais (62) :	56
c) Une pharmacie de quartier dans le Nord (59) :	57
2. <i>Perspectives de développement</i>	58
a) Éducation Thérapeutique Patient	58
b) Coordination et dossier patient	59
c) Vers la télémédecine en HAD	61
d) Préparation des Doses à Administrer	62
e) Idées d'améliorations dans la pratique	64
<b>V. CONCLUSION</b>	<b>66</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE :</b>	<b>67</b>
<b>ANNEXES :</b>	<b>70</b>

## **GLOSSAIRE :**

**AP-HP** : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

**ARS** : Autorité Régionale de Santé

**AVQ** : Activité de la Vie Quotidienne

**BP** : Bonnes Pratiques

**CSP** : Code de la Santé Publique

**DASRI** : Déchet d'Activité de Soins à Risque Infectieux

**DM** : Dispositif Médical

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées  
Dépendantes

**ETP** : Education Thérapeutique Patient

**FNEHAD** : Fédération Nationale des Etablissement d'Hospitalisation  
à Domicile

**GHT** : Groupe Homogène de Tarif

**HAD** : Hospitalisation à Domicile

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IK** : Indice de Karnofsky

**INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques

**IRDES** : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de  
la Santé

**MNU** : Médicaments Non Utilisé

**OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement  
Economique

**OPTC** : Objets Piquant Tranchant Coupant.

**PDA** : Préparation des Doses à Administrer

**PEP** : Pratique Exigible Prioritaire

**PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

**PUI** : Pharmacie à Usage Intérieur

**SPP** : Suivi Pharmaceutique Personnalisé

**T2A** : Tarification à l'Activité

## Introduction

Selon l'Insee, parmi les 73,6 millions d'habitants que comptera la France en 2060, une personne sur trois aura plus de 60 ans. Cette proportion de personnes âgées va progresser fortement jusqu'en 2035<sup>[1]</sup>. Ce contexte de vieillissement de la population ne fait qu'accroître le besoin en professionnels de santé en France et avec, les dépenses de la sécurité sociale. De ce fait, dans l'avenir il faut trouver des moyens pour limiter ces dépenses tout en conservant la qualité du système de santé Français.

Le paysage médical se modifie. Des inégalités tendent à s'accroître et en effet, les déserts médicaux sont de plus en plus pointés du doigt. Chose surprenante puisque le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé, on compte 271.970 médecins en France en 2013 avec seulement une baisse de 0,12% de médecins en activité<sup>[2]</sup>. C'est en fait leur répartition qui est inégale, avec seulement 330 médecins pour 100 000 habitants, la France se classe 14e des 34 pays de l'OCDE<sup>[3]</sup>. Ainsi depuis 5 ans, 2 millions de Français supplémentaires sont touchés par la désertification médicale<sup>[4]</sup>.

À l'heure où le système de santé est en plein bouleversement le pharmacien d'officine se retrouve de plus en plus confronté à des difficultés économiques. Le prix des médicaments baisse avec l'adoption des génériques et la sécurité sociale dérembourse massivement, les officines voient leurs chiffres d'affaires baisser et certaines sont amenées à fermer. À l'heure actuelle en France, plus d'une officine ferme tous les 3 jours. On dénombre 141 suppressions de licences en 2011, contre 116 en 2010 et 101 en 2009<sup>[5]</sup>. Mais c'est surtout le nombre de redressements et de liquidations qui inquiètent, ils repartent à la hausse en 2012, respectivement 35 et 31 au cours du premier semestre contre 66 et 46 sur la totalité de l'année 2011<sup>[5]</sup>.

Avec un coût quatre fois moindre qu'une hospitalisation classique, l'Hospitalisation à Domicile (HAD) se positionne de plus en plus comme un secteur d'avenir, en juin 2013 la création d'un groupe de travail pour favoriser le recours à l'HAD et éviter le passage aux

urgences<sup>[6]</sup>, le doublement de l'activité prévu d'ici 2018 ou encore la levée d'une enveloppe de 900 000€ pour les médicaments coûteux<sup>[7]</sup> montrent bien la volonté de l'Etat pour faire de l'HAD un secteur d'avenir .

Devant ce paysage mouvant le pharmacien a besoin de solutions pour rester dans la course. Il est et doit rester un acteur majeur de santé publique. C'est dans cette optique que je voudrais mettre en avant une possibilité pour le pharmacien de mieux faire face, sans prétention, et dans la mesure du possible, à ce contexte économique difficile. Ainsi, dans cet exercice de thèse, j'aimerais développer le rôle du pharmacien d'officine dans l'hospitalisation à domicile et comment celui-ci peut se former et mieux appréhender ce secteur en plein développement.

## **I. Cas Pratique d'une prise en charge d'un patient en HAD à l'officine :**

Mme H. est âgée de 92 ans, suite à l'altération de son état de santé, elle se voit hospitalisée à son domicile à la demande de son médecin traitant. Elle est prise en charge pour des soins palliatifs. Le pharmacien ne dispose pas d'informations supplémentaires sur son parcours de soins.

Dans un premier temps, la pharmacie reçoit par fax la convention de prise en charge du service d'HAD:

NOUVELLE  
CONVENTION

ENREGISTREMENT

INFORMATION CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE EN HAD  
ET CONVENTION NOMINATIVE HAD - OFFICINE DE VILLE

Applicable au  
1<sup>er</sup> janvier 2013

Nous vous informons que : M. \_\_\_\_\_

né(e) le : 1 \_\_\_\_\_

demeurant : \_\_\_\_\_

bénéficie d'une prise en charge en Hospitalisation A Domicile à compter du : **Jeudi 26 Septembre 2013**

Conformément au cadre réglementaire en vigueur :

- Arrêté du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments en établissements de santé.
- Contrat de Bon Usage du Médicament (CBUM) signé entre l'HAD et l'Agence Régionale de Santé Nord / Pas-de-Calais.
- Règles de certification définies par la Haute Autorité de Santé (HAS).
- Convention cadre signée le 15/12/2009 entre la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile (FNEHAD) et les trois syndicats d'officines de ville.

Nous vous remercions de bien vouloir suivre le fonctionnement ci-après pour la délivrance des médicaments au patient.

L'HAD prend en charge les dépenses relatives aux traitements prescrits par le médecin traitant pendant le séjour en HAD et en rapport avec celui-ci (y compris DAFLON®, EXTRANASE®, OSMOGEL®, PROCTOLOG®, TITANOREINE®, VASOBRAL®, suppositoires glycéline), et les locations de matériel en cours. L'HAD ne prend pas en charge les produits d'hygiène (dentifrice, eau de toilette...), les cosmétiques, les piluliers, le lait maternisé, les changes bébés ; ceux-ci restant à la charge du patient.

Nous vous demandons, pour toute délivrance, de nous faxer la prescription médicale. Il est en effet indispensable que nous ayons connaissance au plus vite du traitement en cours.

Nous vous prions par ailleurs de remettre immédiatement l'original de la prescription au patient afin qu'un exemplaire lisible soit toujours au domicile. Une photocopie de la prescription jointe à la facture est suffisante pour que votre paiement soit honoré. Pour l'utilisation du « support unique de suivi des traitements médicamenteux », veuillez vous référer au guide d'utilisation qui vous a été transmis (également disponible sur le site internet de l'HAD : <http://www.had-calais.com>).

Nous nous engageons, en retour, à vous informer des délivrances de l'HAD (médicaments hospitaliers, médicaments d'urgence...) afin que vous procédiez à une analyse pharmaceutique de l'ensemble du traitement.

Les traitements des patients étant fréquemment réévalués, nous vous serions également très reconnaissants de bien vouloir effectuer des délivrances fractionnées, à la semaine ou au plus petit conditionnement. Les médecins traitants en sont informés lors de la signature de la prise en charge du patient.

Dans un même souci de maîtrise des dépenses de santé, vous voudrez bien privilégier la délivrance de médicaments génériques, chaque fois que possible.

Dans le cas où vous seriez amenés à délivrer des solutés de sérum salé ou glucosé, nous vous demandons de les fournir en poches souples uniquement pour faciliter l'administration du produit, l'élimination des déchets, et la prévention des infections associées aux soins.

Vous trouverez ci-joint une liste des produits et matériels fournis par notre établissement de santé lors de la prise en charge en HAD. Vous ne devez donc les délivrer qu'avec notre accord ou à notre demande.

Les factures sont à envoyer à l'HAD dans les 15 jours suivant les délivrances, et au plus vite pour les médicaments onéreux tels que : ARANESP®, BINOCRIT®, EPREX®, NEORECORMON®. Vous ne devez, en aucun cas, adresser de demande de remboursement à un autre organisme payeur (Sécurité Sociale, mutuelle). Nous vous demandons, par ailleurs, de bien vouloir coller l'ensemble des vignettes sur les factures. L'ordonnance de sortie est à facturer à la CPAM. Lors d'une première collaboration, merci de joindre un relevé d'identité bancaire.

**Vous voudrez bien signer et nous retourner cette convention nominative par fax, courrier électronique ou postal, sous deux jours ouvrés. A défaut, ou en cas de non respect des engagements formulés ci-dessus, nous serons amenés à ne pas procéder au règlement de vos factures.**

Pour toute précision, veuillez contacter \_\_\_\_\_, pharmacien attaché, au \_\_\_\_\_ ou le secrétariat. Restant à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sincères remerciements.

Je soussigné(e) (NOM et Prénom du Pharmacien) : \_\_\_\_\_

Pharmacien (Nom, Ville) : \_\_\_\_\_

N° FAX : \_\_\_\_\_

M'engage à respecter les conditions de prise en charge de mon (ma) patient(e) en HAD.

Date : 27.09.13

Signature \_\_\_\_\_

Référence : EN-TTT-001 Version : 4 Création : 02/01/2009 Révision : 24/12/2012 Application : 01/01/2013

Page :

1 / 2

Il atteste de la prise en charge de Mme H. à la date mentionnée, ce fax sert de convention entre l'officine et l'HAD, stipulant les modalités de collaboration, délivrance et de facturation. Le titulaire

renvoie alors cette convention signée à l'HAD afin de confirmer la prise en charge.

S'en suit la liste des matériels, produits et médicaments fournis par l'HAD au patient, et donc que l'officine ne doit pas délivrer le temps de la prise en charge.

<p style="text-align: center;"><b>LISTE DES MATERIELS, PRODUITS, MEDICAMENTS MIS A DISPOSITION DU PATIENT PAR L'HAD [ ] PENDANT SON SEJOUR.</b></p>	
<p><b>MATERIEL HOTELIER</b></p> <p><b>PETIT MATERIEL</b></p> <p><u>Liste non exhaustive</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lit médicalisé, matelas, matelas anti escarres, barrières, potence, table, arceau...</li> <li>• Fauteuil roulant, chaise garde robe, fauteuil coquille, rehausse WC, cannes, déambulateur, pied à sérum...</li> <li>• Aspirateur trachéal, seringue auto pulsée, pompe à PCA...</li> <li>• Coussin anti escarres, coque talonnière...</li> <li>• Bassin de lit, urinal, crachoirs, haricots, pilulier, écrase médicaments, tasse à malade, collecteurs de déchets...</li> <li>• Changes complets, protections, alèses...</li> <li>• Etais péniens, sondes, poches collectrices d'urine...</li> <li>• Aiguilles, seringues, cathéters, perfuseurs, grippers, régulateurs de débit, rampes de robinet, bistouris, ôtes agrafes ...</li> </ul>
<p><b>MATERIEL NECESSAIRE AUX SOINS</b></p> <p><b>PANSEMENTS</b></p> <p><u>Liste non exhaustive</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Savon doux, gants de toilette jetables, essuie main, solution hydro alcoolique, lingettes antiseptiques, gants, masques, blouses jetables, embouts tympaniques...</li> <li>• Compresses, bandes, sparadrap, pansements américains, pansements stériles, Coheban, Elastoplaste, mèches, bâtonnets pour soins de bouche, drains...</li> <li>• Sets de sondage, de perfusion, de pansements, de badigeonnage...</li> <li>• Pansements pour ulcères, escarres de type Actisorb, Allewyn, Algoplaque, Altreet, Aquacel, Adaptic, Betadine tulle, Biatain, Comfeel, Grassolin, Hydroclean, Ialuset, Mepilex, Tulle gras, Urgoderm, Urgosorb, Urgotulle, Visulin... Purilon...</li> </ul>
<p><b>MEDICAMENTS ET PRODUITS</b></p> <p><u>Liste non exhaustive</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poches pour perfusion : Nacl 0.9%, Glucose 5%, Polyionique...</li> <li>• Poches pour nutrition parentérale : de type Kabiven, Perikabiven, Structokabiven, Oliclinomel...</li> <li>• Poches pour nutrition entérale</li> <li>• Compléments alimentaires hypercaloriques, hyperprotéinés..., eau gélifiée...</li> <li>• Médicaments réservés à l'usage hospitalier</li> </ul>
<p><b>AUTRES MEDICAMENTS ET PRODUITS</b></p> <p><u>Liste exhaustive</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcool, Aloplastine, Antiadhésif, Betadine dermique et scrub Bepanthene, Biafine, Biseptine, Cetavlon, Elase, Eosine, Hibidil, Nacl 0.9% dosettes, vaseline.</li> </ul>

NB : L'établissement de santé ne prend pas en charge le vaccin antigrippal.

[ ]

Plus tard, l'HAD aura informé l'officine de sa volonté d'assurer le respect du Contrat de Bon Usage du Médicament conclut avec l'ARS et à ce titre, pour améliorer la qualité du circuit du médicament, elle demande au pharmacien de bien vouloir remplir le nouveau support unique pour le suivi des patients dans le cadre des délivrances effectuées.





le 30 novembre 2011

Nos réf : [blurred]

Objet : Support unique de suivi des  
traitements médicamenteux

Madame, Monsieur,

Vous n'êtes pas sans savoir que le circuit du médicament en établissement de santé fait l'objet d'un encadrement réglementaire strict, de nombreuses préconisations de la Haute Autorité de Santé, et d'un Contrat de Bon Usage du Médicament signé avec l'Agence Régionale de Santé.

Pour répondre à ces exigences, le support unique de suivi des traitements médicamenteux s'applique dès à présent. Ce document, au format A3, permet d'optimiser la lisibilité et la traçabilité des traitements prescrits, délivrés, et administrés sur deux semaines.

Afin de parvenir à la mise en œuvre de ce support unique et d'améliorer par la même la qualité d'accompagnement de nos patients, votre participation est essentielle.

Désormais, ce formulaire sera systématiquement utilisé pour le suivi des traitements médicamenteux de chaque patient. De fait, nous vous demandons de bien vouloir le compléter pour chacune de vos prescriptions / délivrances de médicaments.

Pour compléter votre information, vous trouverez ci-joint toutes les explications utiles pour remplir ce document.

Certains que vous serez attentifs aux enjeux du Contrat de Bon Usage du Médicament, nous vous remercions par avance de votre coopération.

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous prions d'accepter nos sincères salutations.



La pharmacie reçoit alors la première ordonnance de Mme H. déposée par une infirmière à l'officine:

# Hospitalisation à Domicile



Age : 91 ans Poids : 50 kg Allergie(s) médicamenteuse(s) : Non

	Spécialités : Nom + dosage + galénique et/ou voie d'administration	Unité Amp-Gél-Cp-UI	Posologie				Durée
			Matin	Midi	Soir	Coucher	
1	MONTELUKAST 10 Per os		0	0	1		NPS
		Quantités délivrées par semaine	1 <sup>er</sup> Dél.	2 <sup>ème</sup> Dél.	3 <sup>ème</sup> Dél.	4 <sup>ème</sup> Dél.	
2	PRINAFAN 10 Per os		1	1	1		7 j
		Quantités délivrées par semaine	1 <sup>er</sup> Dél.	2 <sup>ème</sup> Dél.	3 <sup>ème</sup> Dél.	4 <sup>ème</sup> Dél.	
3	DOMPERIDONE 10		1	1	1		7 j
		Quantités délivrées par semaine	1 <sup>er</sup> Dél.	2 <sup>ème</sup> Dél.	3 <sup>ème</sup> Dél.	4 <sup>ème</sup> Dél.	
4	SPASFOU		2	2	2		NPS
		Quantités délivrées par semaine	1 <sup>er</sup> Dél.	2 <sup>ème</sup> Dél.	3 <sup>ème</sup> Dél.	4 <sup>ème</sup> Dél.	
5	ALIBAZOLAN 0,25		1/2	0	0	1	NPS
		Quantités délivrées par semaine	1 <sup>er</sup> Dél.	2 <sup>ème</sup> Dél.	3 <sup>ème</sup> Dél.	4 <sup>ème</sup> Dél.	
6	LACTULOSE Sch <sup>4</sup>		1	1	1		NPS
		Quantités délivrées par semaine	1 <sup>er</sup> Dél.	2 <sup>ème</sup> Dél.	3 <sup>ème</sup> Dél.	4 <sup>ème</sup> Dél.	
7			Matin	Midi	Soir	Coucher	Durée
		Quantités délivrées par semaine	1 <sup>er</sup> Dél.	2 <sup>ème</sup> Dél.	3 <sup>ème</sup> Dél.	4 <sup>ème</sup> Dél.	
8			Matin	Midi	Soir	Coucher	Durée
		Quantités délivrées par semaine	1 <sup>er</sup> Dél.	2 <sup>ème</sup> Dél.	3 <sup>ème</sup> Dél.	4 <sup>ème</sup> Dél.	
9			Matin	Midi	Soir	Coucher	Durée
		Quantités délivrées par semaine	1 <sup>er</sup> Dél.	2 <sup>ème</sup> Dél.	3 <sup>ème</sup> Dél.	4 <sup>ème</sup> Dél.	
10			Matin	Midi	Soir	Coucher	Durée
		Quantités délivrées par semaine	1 <sup>er</sup> Dél.	2 <sup>ème</sup> Dél.	3 <sup>ème</sup> Dél.	4 <sup>ème</sup> Dél.	

**Identification prescripteur**  
Date : 05/10/13

VERSION 3.0

En qualité de médecin, je reconnais avoir informé mon patient des risques encourus et bénéfices escomptés de l'acte prescrit

**Analyse pharmaceutique**  
Date : 07-10-13

Merci de faxer la prescription sans délai à l'HAD pour le suivi du patient et ne pas envoyer la facturation aux organismes d'assurance maladie

Plusieurs informations y figurent, l'âge, le poids et les éventuelles allergies du patient. En plus des lignes de prescriptions habituelles, les détails du plan de posologie et des médicaments à ne pas délivrer (mais que Mme H. a déjà eu).

Le pharmacien délivre alors:

- **Une boîte de 40 comprimés de METOCLOPRAMIDE 10 mg** (générique du PRIMPERAN sur l'ordonnance): normalement 21 comprimés suffisent pour les 7 jours (le pharmacien ne peut pas déconditionner le traitement), donc un excédent de 19 comprimés qui doivent être pris en compte dans les éventuelles prochaines délivrances.
- **Une boîte de 40 comprimés pelliculés de DOMPERIDONE 10 mg**: de la même façon un excédent de 19 comprimés.

Les deux médicaments sont des anti-émétique de la classe des antagonistes dopaminergiques D2, ils ne sont habituellement pas associés, cependant l'état de santé du patient peut rendre nécessaire cette association mais augmente principalement le risque de syndrome extrapyramidal. Il devrait être indispensable pour le pharmacien de savoir si Mme H. souffre d'une maladie de Parkinson, auquel cas, le METOCLOPRAMIDE serait formellement contre-indiqué (lié à son passage hémato-encéphalique, contrairement à la DOMPERIDONE). La rédaction d'une opinion pharmaceutique dans le cas présent serait utile.

Ici les posologies sont correctes et il n'y a pas d'autres interactions dans le reste du traitement, y compris pour les médicaments non délivré ce jour.

Le pharmacien valide alors l'ordonnance (date et cachet).

La facturation des deux boîtes est réalisée avec le logiciel, au nom de la personne, l'ordonnance n'est pas télétransmise, et le pharmacien note les posologies sur les boîtes.

Le traitement est alors mis dans un sachet-papier opaque avec l'ordonnance originale, fermé et agrafé, avec inscrit le nom de Mme H. L'infirmière repart avec le traitement pour l'administrer à la patiente à son domicile.

Le pharmacien constitue alors un dossier au nom du patient avec la facture des deux boîtes, une copie de l'ordonnance et la feuille de soin pharmacien (Cerfa) avec les vignettes collées (Au 1er Juillet

2014 la suppression des vignettes évitera cette dernière tâche).

**feuille de soins  
pharmacien ou fournisseur**

An II (L. 114-47) et annexes du Code de la sécurité sociale  
Art. 115 du Code de procédure pénale (articles d'indivisibilité des victimes) et de la presse

numero de facture (facultatif) \_\_\_\_\_  
date **0 7 1 0 1 3**

**PERSONNE RECEVANT LES SOINS (ASSURE(E))**

**NE RECEVANT LES SOINS** (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom \_\_\_\_\_  
 nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) \_\_\_\_\_  
 numéro d'immatriculation \_\_\_\_\_

le jour de naissance \_\_\_\_\_ 1

**SURE(E)** (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))  
 nom et prénom \_\_\_\_\_  
 nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) \_\_\_\_\_  
 numéro d'immatriculation \_\_\_\_\_

ADRESSE de l'ASSURE(E) \_\_\_\_\_

code de l'organisme de rattachement en cas de dispense d'avance des frais (à remplir par le pharmacien ou le fournisseur) \_\_\_\_\_  
Code op. : 00

---

**IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR**      **IDENTIFICATION de la STRUCTURE**

nom et prénom \_\_\_\_\_      FS Papier  
 numéro d'immatriculation \_\_\_\_\_      dispositif de coordination de soins - réseau de santé \_\_\_\_\_

---

**IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce**

nom et prénom \_\_\_\_\_      raison sociale \_\_\_\_\_  
 numéro d'immatriculation \_\_\_\_\_      n° de la structure (AM, FINESSE ou SIRET) \_\_\_\_\_

---

**CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT LES SOINS**

date de la prescription médicale **05/10/2013**      date de l'accord préalable (le cas échéant) \_\_\_\_\_

**XX MALADIE** (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)      **SOINS dispensés au titre de l'art. L. 115**  
 (cf. la notice au verso : § précédé de "non" et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD      action de prévention **XX**      autre \_\_\_\_\_  
 accident causé par un tiers : non **XX**      oui      date \_\_\_\_\_

AT/MP      numéro      ou      date

---

**PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES**

tarification détaillée

Qte	Prix/u	T. Reimb	Prest Tx Rb	CIP	Ref. LPP	Ut Produit	N.Ord	Exo.
1	3,87	3,87	PH4 100	3400936618190		MECLOCLORAMID SAND 10 ( 408592)	5	
1	3,11	3,11	PH4 100	3400936180314		DOMPERIDONE BIIG 10MG ( 408593)	5	

2 3400936618190 000387 00  
**Méloclopramide Sandoz 10 mg**  
 40 comprimés sécables  
 \*Vign.      eur. 3,87

2 3400936180314 000311 00  
**DOMPERIDONE BIOGARANO® 10 mg**  
 40 comprimés pelliculés  
 \*Vign.      eur. 3,11

Nbre boîtes : **2**  
 TOTAL TTC : **6,98**

---

TOTAL AMO : **6,98**      TOTAL ALGEMENT : **0,00**      TOTAL ASSURE : **0,00**

**MONTANT TOTAL**  
en euros **6,98**

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire      l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien ou du fournisseur \_\_\_\_\_      signature de l'assuré(e) \_\_\_\_\_      impossibilité de signer \_\_\_\_\_

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de peines financières, d'amende et ou d'emprisonnement (articles L114-1, 44-1 et 44-2 du Code de procédure pénale et article L. 114-13 et L. 162-134 du Code de la sécurité sociale)  
 Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.  
 Les informations figurant sur cette feuille sont également destinées à la mise à jour de la base de données de l'Assurance Maladie.

L'ordonnance est aussitôt faxée au service d'HAD pour rendre connaissance de la délivrance, par la suite le dossier sera envoyé par courrier au service (un copie est conservée par le pharmacien).

## **Conclusion:**

L'ordonnance est bien transmise après la communication du début de prise en charge en HAD de la patiente et la convention acceptée. Cette ordonnance est validée pharmaceutiquement, préparée par le pharmacien et remise à l'infirmière, en charge d'apporter le traitement au domicile, le tout dans un paquet nominatif scellé.

La délivrance est mise à la connaissance de l'HAD par fax et la facture envoyée par courrier.

Il aurait pu être amélioré dans la délivrance la rédaction d'une fiche conseil pour l'administration des traitements, avec le plan de prise. Le pharmacien pourra aussi rédiger une opinion pharmaceutique concernant l'association des deux anti-émétiques et de la contre-indication potentielle. On peut noter le souci d'un manque de visibilité globale pour le pharmacien lors de la délivrance.

## II. L'HAD, qu'est-ce que c'est ?

### A. En théorie

#### 1. Définition

##### a) L'hospitalisation à domicile, c'est quoi ?

L'hospitalisation à domicile est un système de prise en charge pour le patient lui permettant de bénéficier des mêmes soins qu'en établissement de santé mais sur son lieu de vie. C'est en fait une alternative ou la suite à une hospitalisation classique à la différence que le patient est soigné chez lui. Le Code de la santé publique stipule que les patients sont considérés comme étant pris en charge dans un établissement de santé, et à ce titre ils doivent bénéficier d'une permanence des soins.

*« Afin de garantir la sécurité des patients et la coordination des soins, tout établissement d'hospitalisation à domicile dispose d'un système de communication à distance permettant, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, y compris les dimanches et jours fériés, d'assurer une liaison permanente entre les patients, leurs familles et les personnels » [Article D6124-306 du CSP\*].*

*« Les établissements d'hospitalisation à domicile sont tenus d'assurer la permanence et la continuité des soins, y compris les dimanches et les jours fériés. » [Article D6124-309 du CSP]*

Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, à ce titre, ils doivent pouvoir fournir un même niveau de qualité des soins qu'un établissement de santé avec hébergement. Pour assurer une continuité de prise en charge des patients, les établissements d'HAD établissent des conventions avec d'autres établissements.

*« Ils (les établissements d'HAD) garantissent aux patients qu'ils prennent en charge leur transfert, en cas de nécessité, dans un établissement de santé accueillant en permanence des patients dans les disciplines de médecine et de chirurgie. »*

*« Dans le cas où l'établissement d'hospitalisation à domicile ne relève pas d'un établissement comportant les disciplines susmentionnées, il est tenu de conclure une convention avec un autre établissement de santé doté de telles disciplines. » [Article D6124-309 du CSP]*

En résumé l'Hospitalisation à Domicile est une offre de soins complète fournie par des structures d'HAD certifiées où collaborent de nombreux et professionnels de santé issus des secteurs hospitalier et libéral autour d'un projet de soins personnalisés et coordonnés. Celle-ci permet *« d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes »*. [Article R6121-4-1 du CSP]

### **b) Qui est concerné ?**

L'HAD concerne les personnes qui pourraient être hospitalisés de façon traditionnelle, ainsi elle touche les patients atteints de pathologies graves, qu'elles soient aiguës ou chroniques, stables ou non. Les enfants sont aussi bien concernés que les adultes<sup>[8]</sup>. L'HAD ne prendra en charge les pathologies mentales qu'à partir de 2000<sup>[9]</sup>. L'HAD laisse donc un large panel de patients pouvant bénéficier de cette offre de soin.

## **2. Rétrospective historique**

Les premiers principes de l'HAD ont débuté en 1945 à New York, suite à une surpopulation dans l'hôpital de Montefiore. Le professeur Bluestone, chef de service de son état, décide de réaliser le suivi de ses patients à leur domicile. Deux ans plus tard le concept de *« Home Care »* est réellement créé.

Pour la même raison de surpopulation, en 1951, l'hôpital Tenon à Paris démarrera les expérimentations de l'Hôpital à Domicile, sur l'initiative du professeur Siguier. Il en découlera la création officielle de l'HAD de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris en 1957<sup>[9]</sup>.

Vont s'en suivre quatre phases d'évolution législative permettant de fournir au système les outils nécessaires pour créer une offre de soin de qualité. Ainsi le système d'HAD va acquérir une maturité tout au long de ces années. Voici un tableau récapitulant ces différentes phases.



	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4K	Phase 5 : en cours
<b>Période</b>	1960-1980	1980-1992	1992-2000	2000-2004	2004-2014
<b>Développement de l'YHAD</b>	fclosion dsordonnée et H spontanée rpondant un besoin de H dsengorger les services hospitaliers.	Stagnation relative.	Structuration législative	Nouvel essor. Approche plus qualitative	Homogénéisation <b>Systèmes d'informations</b> (interopérabilité) Experimentation coopération HAD-SSIAD 2013
<b>Aspects juridiques</b>	II Loi hospitalière de 1970.	Circulaire de 1986.	Loi hospitalière de 1991	II Circulaire du 30 mai 2000	Ouverture de l'HAD aux <b>EHPAD</b> 2007; Consolidation 2013
	II Circulaire de 1974.		Dcrets de 1992.	II Ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003  II Circulaire d'octobre 2003, II Circulaire de février 2004.	
<b>Aspects financiers</b>		Budget global et moyens constants.	II Moyens constants, H taux de change II Tarifications hffogées entre les HAD.	II Suppression du H taux de change et de la carte sanitaire. II Tarification Yacte.  II Suppression de la vignette 2014	
<b>Population cible</b>	Patients hospitalisés uniquement.	Patients hospitalisés ou suivis en <b>consultation externe</b> .	Tous patients sauf les malades mentaux.	<b>Tous patients</b> II HAD généraliste. II HAD en périnatalité II HAD pédiatrique. II HAD psychiatrique.	
<b>Prescription de l'YHAD</b>	Sur prescription hospitalière stricte.	Sur prescription hospitalière et libérale.	Sur prescription hospitalière et libérale plus accord du médecin coordinateur.		
<b>Indications</b>	Sur indications limitées.	Toutes indications sauf les maladies mentales.		Toutes indications.	
<b>Coordinateur</b>	Pas de coordinateur : c'est le rme du médecin traitant.	IDE 2 coordinatrice et médecin coordinateur.	IDE coordinatrice pour trente places et médecin coordinateur.		
<b>Continuité de la prise en charge</b>	Pas de continuité de la prise en charge.	Continuité de la prise en charge assurée par le médecin traitant.	Continuité de la prise en charge assurée par l'YHAD 24 heures sur 24.		
<b>Nombre de structures</b>	0 20 structures dont les deux plus importantes : APHP et Sant Service.	20 41 structures de petites tailles.	41 76 structures.	Objectif : <b>doublement</b> d'ici fin 2005	<b>317</b> structures d'HAD (tout secteurs confondus) Objectif: <b>doublement</b> fin 2018

**Tableau 1 : Evolution législative de l'offre d'HAD de 1960 à 2014**

Enfin, la circulaire du 1er décembre 2006<sup>[10]</sup> consolidera l'ensemble du système, tandis que la Loi « Hôpital, Santé, Patients, Territoires », apportera une nouvelle vision de l'HAD et y compris des nouveautés pour le pharmacien d'officine.

En définitive, l'Etat aura toujours apporté son soutien au développement de l'HAD, certes parfois insuffisant, mais il reste bien conscient des enjeux économiques et humain. Ainsi l'HAD se voit désormais comme un moyen d'hospitalisation à part entière et non plus comme un simple moyen de désengorgement des hôpitaux.

### 3. Organisation

#### a) Comment fonctionne la structure ?

La prise en charge ce fait à partir d'une prescription médicale. Rédigée par le médecin au cours d'une hospitalisation, soit par le médecin traitant lorsque le patient vit chez lui ou dans un EHPAD (Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes).

Toute entrée ou sortie se fera sur avis d'un médecin coordonnateur et est prononcée par le responsable de l'établissement d'HAD.

*« L'admission d'un patient dans un établissement d'hospitalisation à domicile, ainsi que sa sortie, sont prononcées par le responsable de cet établissement après avis du médecin coordonnateur mentionné à l'article D. 6124-308. L'admission est effectuée dans les limites de la capacité autorisée de l'établissement. » [Article D6124-306 du CSP]*

Le prescripteur doit mentionner la durée de l'hospitalisation sur l'ordonnance. Au moment de la rédaction de l'ordonnance, le patient ou son représentant légal doit être obligatoirement présent pour donner un consentement. La période d'hospitalisation pourra être renouvelée sur demande du prescripteur.

Le patient sera alors pris en charge sur son lieu de vie, visité régulièrement par le médecin traitant et au moins un membre de l'équipe soignante qui lui fournira les soins, effectuera le suivi de sa prise en charge, veillera à l'administration des médicaments. Les informations concernant le suivi du patient sont relatées dans un « dossier patient » à son chevet et dans un second dossier, lui plus administratif, géré et stocké par la structure d'HAD.

### **b) Les différents types de structure d'HAD**

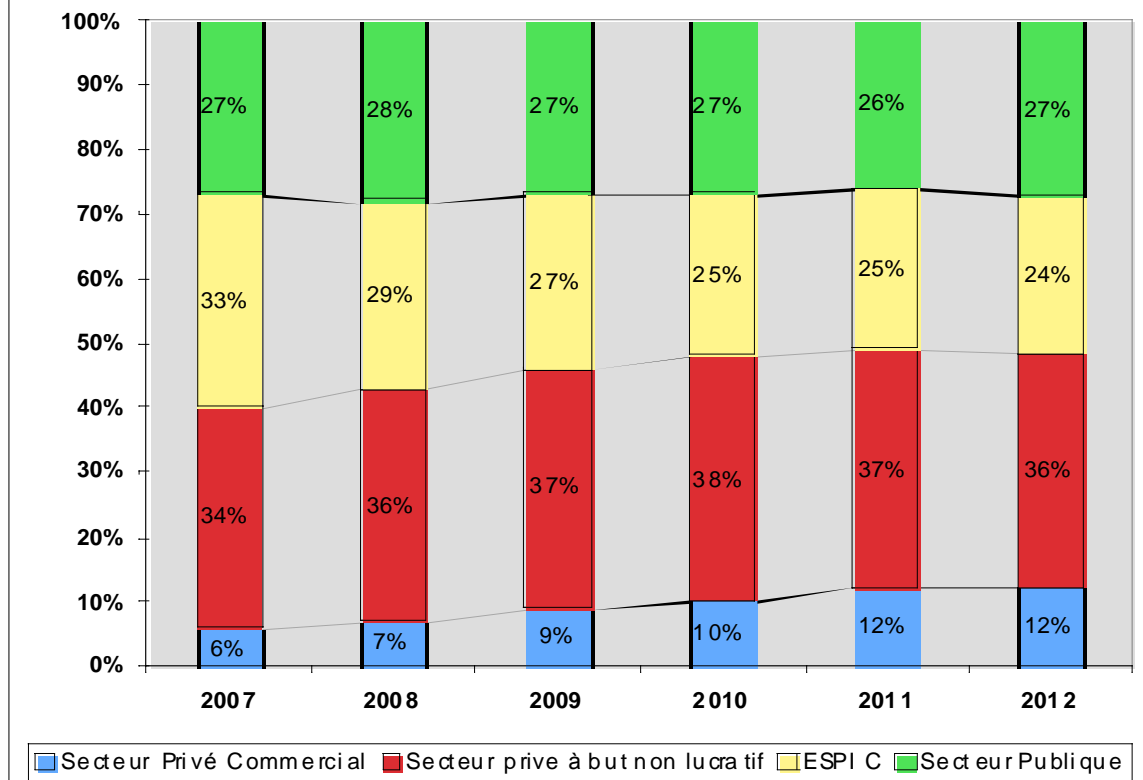
En effet, plusieurs statuts juridiques cohabitent. On distingue les structures du secteur :

- Public
- Privé non-lucratif
- Privé commercial

En 2012 le secteur public représente 42% des structures, mais cette proportion tend à diminuer légèrement depuis 2008. Quant à eux, les secteurs : privé à but non lucratif et privé commercial représentent respectivement 40% et 18% des établissements d'HAD.

Mais c'est surtout l'évolution de l'activité qui met en avant les secteurs privés, avec 60% des journées pour le privé non-lucratif et 12% pour le privé commercial (en augmentation de 6% de 2007 à 2012). Ces secteurs pèsent donc bien plus lourd qu'il n'y paraît (voir tableau ci-dessous)<sup>[11]</sup>.

### Evolution entre 2007 et 2012 en journées d'HAD des parts de marché de chaque secteur d'hospitalisation



Rq: ESPIC = établissements de santé privés d'intérêt collectif.

### c) Tarification

Depuis 2006, l'hospitalisation à domicile est financée par la sécurité sociale via le système de la tarification à l'acte, la T2A basée en partie sur les Groupes Homogènes de Tarifs (GHT). C'est le même système de financement qui est utilisé par les hôpitaux. Un tarif à la journée est fixé selon plusieurs critères: la charge en soins, le degré de dépendance du patient et la durée du séjour<sup>[12]</sup>.

Ce forfait comprend donc les soins fournis par le personnel, les déplacements au domicile, le matériel médical sur le lieu de vie et les médicaments. Le salaire du médecin traitant y est compris aussi, « salaire » plus ou moins négocié avec le médecin coordonnateur, celui-ci doit gérer les dépenses en fonction des besoins pour le patient et du forfait autorisé par la sécurité sociale.

Dans ce forfait, les honoraires des médecins spécialistes payés par le patient n'y sont pas compris, ni les médicaments onéreux remboursés en sus de la T2A (ce sont la plupart du temps des médicaments anti-cancéreux très coûteux).

## **4. Acteurs**

### **a) Le Médecin traitant**

Le médecin traitant est un pilier important dans la prise en charge en HAD. Faisant office de référence pour le suivi du patient dans son projet de soin, le médecin traitant est formellement choisi par le patient. Dans son exercice de professionnel de santé libéral, il travaille en étroite collaboration avec les autres membres de l'équipe de soin et surtout avec le médecin coordonnateur, avec lequel, il élabore le projet de soins du patient.<sup>[9]</sup> Une convention pourra le lier à la structure d'HAD.<sup>[13]</sup>

Le médecin traitant peut être l'initiateur de la mise en HAD par le biais de la prescription. Il réévaluera très régulièrement l'état de santé du patient et adaptera le traitement en fonction de celui-ci. Il pourra si nécessaire prolonger l'hospitalisation.<sup>[9]</sup> Enfin il sera, avec le médecin coordonnateur, responsable de la sortie du patient d'HAD.<sup>[13]</sup>

### **b) Le Médecin hospitalier**

Dans le cas où, au départ, le patient est hospitalisé de façon conventionnelle, c'est le médecin hospitalier qui prescrira la mise en HAD avec l'accord du patient ou, si nécessaire, avec celui de la famille. Ainsi il élaborera le projet de soin en collaboration avec le médecin coordonnateur, il fournira toutes les informations du patient pour permettre la bonne prise de relais par l'équipe d'HAD.<sup>[8]</sup> Il s'engage aussi à ré-hospitaliser si nécessaire le patient et pourra si besoin faire appel à des spécialistes pour élaborer le projet de soin.<sup>[13]</sup>

### **c) Le Médecin coordonnateur**

Référant médical de la structure, le médecin coordonnateur est salarié de l'HAD. Il ne visite pas le patient à son domicile ni ne prescrit (sauf cas d'urgence), son rôle est plus administratif que celui des autres médecins de l'équipe, mais il reste indispensable dans la gestion du projet de soin. En effet c'est lui qui émet un avis sur chaque entrée et chaque sortie auprès du directeur de l'HAD et élabore en collaboration avec les autres médecins le projet de soin.

C'est lui qui centralise toutes les informations et s'assure de la transmission auprès des autres membres de l'équipe. Il sera aussi responsable de la formation de l'équipe médicale. Enfin son rôle sera d'assurer la qualité de la saisie des informations médicalisées et de participer à l'évaluation de la qualité des soins fournis.<sup>[8]</sup>

En définitive il est au cœur du système, indispensable à la coordination des différents acteurs et participe aux décisions stratégiques.

### **d) Infirmiers et autres personnels**

L'équipe de coordination soignante comprend plusieurs professionnels de santé libéraux ou salariés, tous doivent suivre le protocole de soin élaboré par les médecins (traitant, hospitalier et coordonnateur). Un infirmier ou un cadre infirmier va coordonner les soins apportés par l'équipe selon un protocole détaillé et précis où chaque intervenant devra retranscrire les soins effectués dans le cahier de suivi du patient.<sup>[13]</sup>

Ainsi, en plus du médecin, plusieurs intervenants vont se succéder au domicile du patient:

- Infirmiers
- Kinésithérapeute
- Psychologues
- Aide-ménagère

En effet, la dimension sociale n'est pas négligée, celle-ci sera

variable d'un type de structure à un autre. Un psychologue évaluera de façon individuelle le besoin d'une assistance sociale au domicile du patient, notamment dans le cadre de soins en fin de vie. La famille pourra bénéficier de l'aide d'un psychologue dans les jours qui suivent le décès du patient, si tel est le cas.

Les intervenants libéraux devront se conformer par une convention aux pratiques de la structure d'HAD afin d'assurer la continuité et la qualité des soins apportés et y compris la transmission des informations.<sup>[9]</sup>

## 5. L'HAD en quelques chiffres.

### a) Évolutions

Années	Taille moyenne tous établissements		Taille moyenne hors Santé Service Puteaux et AP-HP	
	Journées	Equiv. Places	Journées	Equiv. Places
2007	11 707	29,20	8 402	21
2008	12 399	30,90	9 445	23,5
2009	12 175	30,30	9 625	24
2010	12 431	31,00	10 126	25,2
2011	12 919	32,20	10 749	26,8
2012	13 272	33,10	11 075	27,6
<b>Évolution 12/11</b>		<b>+2,7%</b>	<b>+3,0%</b>	

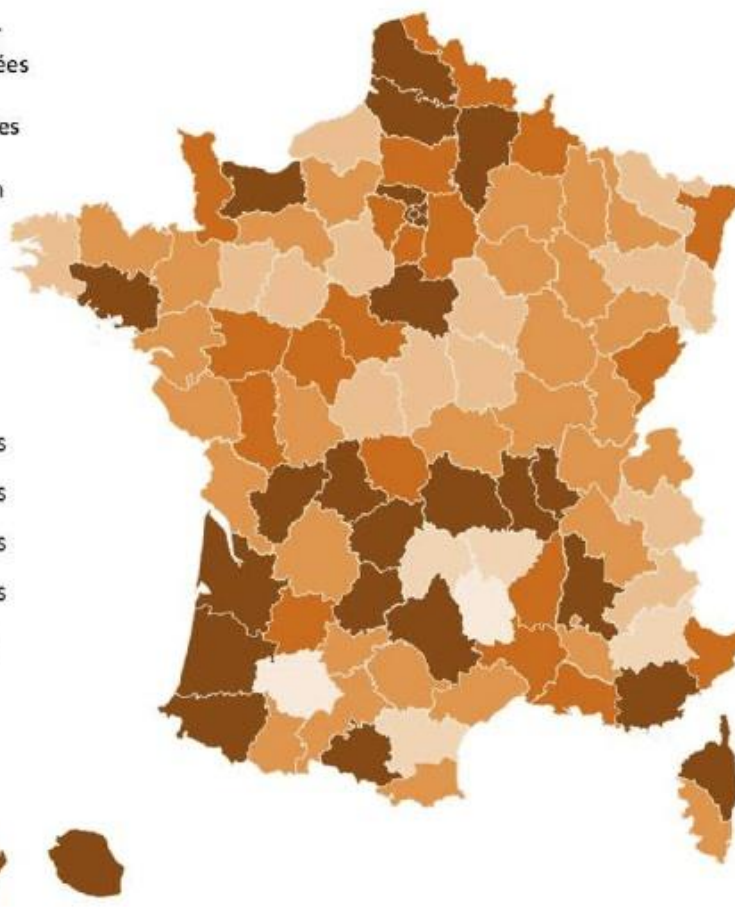
**Tableau : Evolution de la taille moyenne des établissements d'HAD de France depuis 2007**

*Données PMSI HAD – Exploitation Observatoire de la FNEHAD*

Plus de 10 000 journées sont effectuées chaque année, les établissements d'HAD continuent leur évolution, avec une augmentation de 2,7% entre 2012 et 2011. Les deux plus gros établissements, Santé Service à Puteaux et l'AP-HP à Paris qui ont, respectivement plus de 1200 et 800 places, augmentent artificiellement les résultats. Et donc en excluant ces deux structures les établissements d'HAD ont en moyenne moins de 28 places, ce qui représente mieux l'état actuel des établissements d'HAD en

## b) Repartitions géographique

Taux de couverture de l'HAD par département (en nombre de journées pour 100 000 habitants)  
En fonction du lieu de résidence des patients  
Données PMSI HAD – Exploitation  
Observatoire de la FNEHAD



En France, la couverture de l'HAD tend à s'homogénéiser avec le temps, les départements où l'HAD est déjà fortement ancrée comme le Pas-de-Calais, les départements de la région Ile de France ou encore les départements du Sud-ouest ont un taux de recours élevé avec plus de 7000 journées pour 100 000 habitants. A contrario des régions où l'HAD est plus « jeune » le taux de recouvrement est encore limité mais continu de se développer.

Au final, en 2012, la moitié de la population française bénéficie d'un taux de couverture au moins égal à la moyenne nationale du taux de recours (> 6 157 journées / 100 000 habitants)<sup>[15]</sup>. Ainsi des efforts doivent encore être fournis pour améliorer la couverture nationale en matière d'HAD.



### **c) Populations concernées**

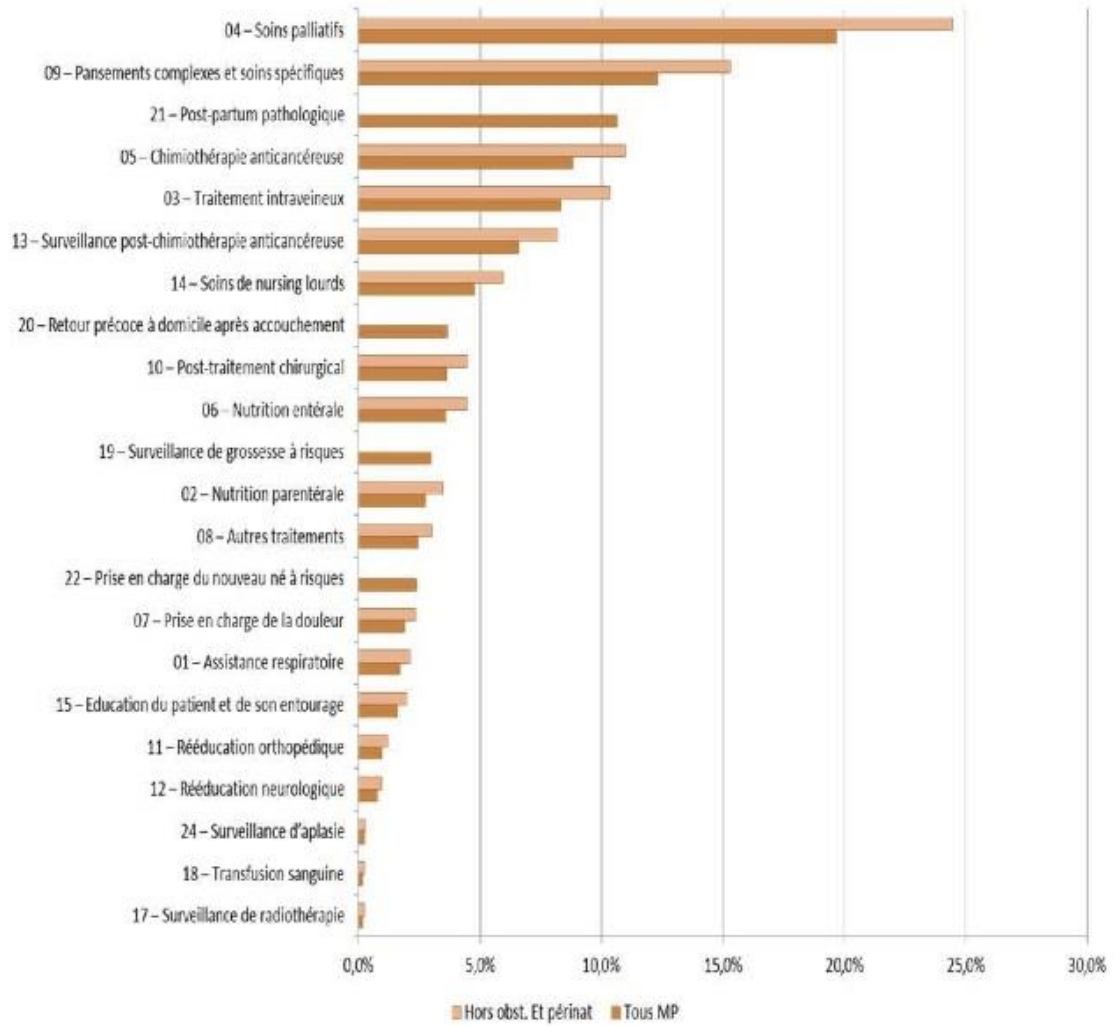
L'âge moyen des patients pris en charge en HAD en 2012 est de 54,2 ans, toutes prises en charge confondues, une moyenne qui reste stable au fil des années. Mais les prises en charge en obstétrique et périnatalité font significativement baisser cette moyenne, ainsi en excluant ces deux secteurs la moyenne d'âge des patients en HAD s'établit à 62,4 ans <sup>[16]</sup>. Les personnes âgées représentent, en effet, 60% de la population en HAD.

L'HAD se veut polyvalente et touche désormais tout type de populations, allant des nouveau-nés aux personnes âgées.

### **d) Les différentes activités**

La force de l'HAD réside aussi dans la grande diversité des soins apportés. Pour donner un ordre d'idée, la grande majorité des soins fournis sont les soins palliatifs, qui sont là pour soulager la fin de vie des patients, viennent ensuite les soins de pansements complexes et les soins d'obstétrique et de périnatalité. Enfin les activités de chimiothérapie et de nursing lourd dominent le reste des soins fournis. La quasi-totalité des autres activités sont réalisées de façon ponctuelle et se font sur des courtes durées comme le témoigne le diagramme ci-dessous.<sup>[17]</sup>

**Casemix global de l'HAD en nombre de séjours par mode de prise en charge principal**  
Données PMSI HAD 2012 – Exploitation Observatoire de la FNEHAD



## **B. En pratique**

### **1. Ce qu'apporte la loi HPST.**

Projet de loi signant le début d'une nouvelle ère dans le système de soin français, le 21 juillet 2009 la loi Hôpital Patient Santé Territoire a fait naître un nouveau souffle. Cette loi ambitieuse pour les professionnels de santé peut se décrire selon quatre axes principaux :

- L'organisation territoriale du système de santé par la création des Agences Régionales de Santé.
- La modernisation des établissements de santé s'appuyant sur la coopération sanitaire des établissements de santé et des professionnels.
- Le renforcement des actions de prévention et de santé publique notamment sur les thèmes de l'obésité, du tabagisme, de l'alcoolisme chez les jeunes ou encore de l'encadrement des actes de chirurgie esthétique.
- L'accès de tous à des soins de qualité

Plus concrètement, de nouvelles missions concernent le pharmacien <sup>[18]</sup> et sont clairement énoncées pour la première fois dans un texte de loi.

Désormais, les pharmacies d'officine peuvent se voir confier par un établissement de santé délivrant des soins à domicile et disposant d'une pharmacie à usage intérieur (PUI), une partie :

- de la gestion
- de l'approvisionnement
- du contrôle
- de la détention
- de la dispensation des médicaments non réservés à l'usage hospitalier, ainsi que des produits ou objets issues du monopole pharmaceutique et des dispositifs médicaux stériles.

*(Article L5126-5-1 du CSP)*

En permettant cette coopération entre établissement d'HAD et officine, le pharmacien d'officine devrait pouvoir s'impliquer plus activement dans ce champ d'activité et se voir attribuer plus de responsabilité dans cette forme de prise en charge. Le point clé sera, évidemment, de réussir à initier cette coopération. Le bénéfice pour le patient serait grand, le pharmacien étant un interlocuteur privilégié et un professionnel du médicament, son expertise et sa proximité apporterait un plus dans le bon suivi du traitement et la gestion du projet de soin d'HAD.

Le décret du 19 octobre 2010 vient compléter l'article précédent en précisant que le pharmacien chargé de la gérance de la PUI, après avis du médecin coordonnateur, et pour chaque patient « *organise le circuit des médicaments, produits, objet ou dispositifs médicaux prescrits :*

*1° Soit en ayant recours à la pharmacie à usage intérieur ;*

*2° Soit, lorsque cela permet de simplifier ou d'améliorer l'organisation des soins ou la qualité du service rendu au patient, en ayant recours, pour les médicaments, produits, objets ou dispositifs médicaux mentionnés à l'article [L. 5126-5-1](#), à une pharmacie d'officine. Dans ce cas, une convention conclue avec le pharmacien titulaire de l'officine précise les obligations incombant à ce dernier en vue de garantir la qualité et la sécurité de la dispensation pharmaceutique.» (Article R5126-23-1 du CSP)*

C'est donc dans un souci de simplification d'organisation ou d'amélioration de la qualité des soins que le service d'HAD pourra faire intervenir le pharmacien d'officine. Il sera alors crucial pour l'officinal de mettre en avant ses qualités de sécurité et de proximité.

Autre point, désormais la collecte des médicaments à usage humain non utilisés est une obligation (Article L4211-2 du CSP). Les médicaments délivrés auprès du public seront récupérés gratuitement par le pharmacien d'officine (ainsi qu'à l'hôpital par les pharmacies à usage intérieur) dans un souci de protection de l'environnement (circuit de recyclage spécifique), mais aussi de réduction des risques de iatrogénie pour le patient.

En effet, les personnes âgées sont très souvent poly-médicamentées et leur stock de médicaments s'accumule avec le temps, encore plus pour les personnes prises en charge en HAD. Ainsi cette mesure contribue à réduire le risque de confusion dans le suivi des traitements. Dans l'hypothèse où le pharmacien visiterait le domicile du patient en HAD, il pourrait faire lui-même ce tri, ou au moins en faire la prévention au comptoir.

## **2. Avantages**

### **a) Coûts**

Selon l'IRDES\*, en 2003, 58 % des patients pris en charge en HAD ont reçu des soins relevant du domaine des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et que ces services représentaient près de 20% de l'activité hospitalière française à l'époque.<sup>[19]</sup>

Les services de SSR sont, de ce fait, une bonne base de comparaison, se rapprochant sensiblement de la population et des soins délivrés en HAD. Par exemple, en 2005, le coût d'une prise en charge classique à l'hôpital dans un service de SSR était en moyenne de 263€ alors qu'en HAD il était de 169€<sup>[19]</sup> pour des soins équivalents. Ce coût varie évidemment en fonction du type de patient et des soins qui lui sont apportés, mais la prise en charge en HAD reste toujours une solution plus économique.

La prise en charge en HAD représente donc une réelle économie pour l'Assurance Maladie. Et permettant dans certains cas de réduire les dépenses par quatre, l'HAD est une voie d'avenir pour réduire les coûts en matière de santé sans perdre en qualité.

### **b) Qualité des soins**

Tout comme les autres établissements de santé du pays, les établissements d'HAD doivent satisfaire un certain nombre de critères et se soumettre à une autoévaluation pour pouvoir obtenir leur accréditation auprès de la Haute Autorité de Santé (HAS), cette certification permet de garantir au public, aux professionnels et aux autorités de santé la qualité des soins fournis par l'établissement.

Ainsi l'HAS fournit le manuel de certification V2010 regroupant un très grand nombre de critères à respecter, 19 étant des Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP) dont 13 sont applicables à l'HAD et 11 indicateurs nationaux généralisés applicables pour n'importe quel établissement de santé.<sup>[22]</sup>

Dans le cadre de cette évaluation, les établissements d'HAD doivent aussi recueillir et publier les résultats des indicateurs de qualité (tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales - LIN, Indicateur de Pilotage de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins - IPAQSS).<sup>[23]</sup>

Évalué selon 55 critères, noté sur 100 et regroupé des classes A à E, l'ICALIN est déterminé chaque année pour tout établissement de santé. Il permet d'évaluer la qualité des actions engagées par les établissements de santé dans la lutte contre les infections nosocomiales. Et les établissements d'HAD ne dérogent pas à la règle, ainsi selon les résultats de 2010 publiés fin 2011, 63% des structures assurant exclusivement une activité d'HAD ont obtenu un score excellent de A<sup>[20]</sup> (étude comprenant 100 établissements). Plus récemment, en 2013 (sur les résultats de 2012), un des plus gros établissements de soins à domicile, le service d'HAD de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris s'est vu attribuer la note de A.<sup>[20]</sup>

Ainsi fondés sur les protocoles des CLINs, des services opérationnels d'hygiène et des guides fournis par la HAS, les soins délivrés en HAD sont de la même qualité que ce fournis par les établissements de santé du reste du pays. Ils sont soumis aux mêmes exigences, même si parfois, il peut s'opérer une rupture entre la réalité du terrain et le cadre réglementaire pas toujours adapté au système d'HAD.

Finalement, le 27 novembre 2013, l'HAS mettra en route une nouvelle procédure de certification V2014, toujours basée sur le même manuel V2010, ainsi que de nouveaux outils d'autodiagnostic, avec notamment pour objectif de mieux adapter la réglementation à l'HAD<sup>[24]</sup>.

Par ailleurs, on pourra tout de même se poser la question de la qualité des soins apportés par les intervenants libéraux dans le cadre de l'HAD, mais ceux-là doivent se conformer par une convention aux pratiques de l'établissement, garantissant la qualité des soins apportés dans ce cadre.<sup>[9]</sup>

### **c) Un soutien psychologique et social puissant**

Au-delà des soins fournis, l'HAD se démarque de l'hospitalisation classique par son caractère psychosocial important. Le décor familial, le confort, une certaine qualité de sommeil ou encore l'alimentation font que la plupart des patients préfèrent vivre leur convalescence au domicile, la proximité de la famille et du médecin traitant renforçant cette idée.

Réalisée entre 2000 et 2003, une étude<sup>[25]</sup> entreprise par la Fondation Française rapporte le vécu de 15 patients en fin de vie, de leurs proches et de leurs soignants. Parfois mal vécu au début de la prise en charge, notamment les 15 premiers jours, où la mise en route d'un nouveau quotidien sur le lieu de vie désoriente le patient, l'HAD reste cependant perçue par lui et ses proches comme un outil adapté répondant à leurs besoins.

Au cours du séjour, il arrive qu'une certaine frustration soit ressentie lorsque les amplitudes horaires d'interventions au domicile sont trop grandes, un peu comme pris en otage, condamné à attendre, le sentiment de ne pas pouvoir mener une existence normale.

Pour toutes ces raisons, les psychologues sont là pour résoudre ces problématiques et aider à faire face pendant les moments difficiles. Un gain non négligeable dans le projet de soin.

Au final, l'HAD confère un sentiment de sécurité au patient mais aussi à sa famille qui sait qu'elle peut joindre un membre de l'équipe, en quasi-permanence, pour répondre à leurs questions et donner la marche à suivre face à un problème.

Du fait de sa proximité, le pharmacien pourra s'inscrire dans cette même démarche pour mieux prendre place dans le projet de soin.

### **3. Encore des réticences.**

Les médecins hésitent encore à avoir recours à l'HAD. En juin 2009, 1900 médecins généralistes de 5 régions (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire) ont été interrogés pour le Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercices. Malgré sa bonne image auprès du généraliste, appréciée pour le confort, la sécurité et la qualité des soins, l'HAD reste peu utilisée avec seulement 1/3 des 1900 médecins ayant eu recours à l'HAD dans l'année de 2009. Ainsi on découvre que l'absence de services d'HAD dans le secteur reste le motif principal pour 54% des médecins.<sup>[26]</sup>

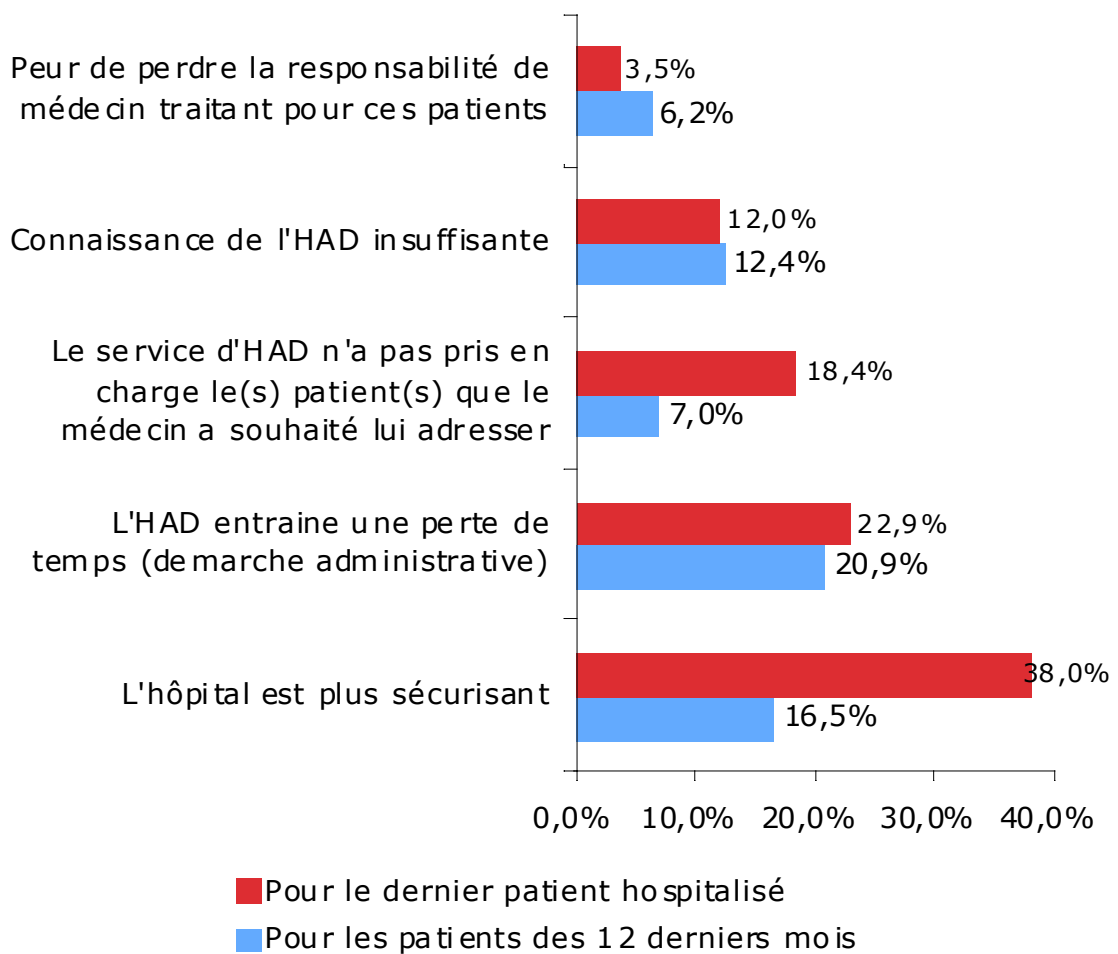
Pour ceux qui possèdent un service d'HAD à proximité, la perte de temps liée aux démarches administratives revient le plus souvent (21% concernant les patients des 12 derniers mois). Selon eux, des démarches pourraient être simplifiées dans l'avenir. Et parfois, sûrement lié à un manque d'informations, certains médecins considèrent l'hôpital comme plus sécurisant par rapport à l'HAD.

Mais la méconnaissance de l'HAD représente tout de même 12% des motifs de non-recours dans les 12 derniers mois, point qui pourrait être limité par la simple information, notamment par les pharmaciens. Au comptoir l'officinal est bien souvent mis au courant de la prochaine hospitalisation, en informant le patient (ou ses proches) de l'existence de l'HAD comme une possibilité future il pourrait stimuler le recours à cette forme de prise en charge.

Le tableau ci-dessous détaille les motifs de non-recours à l'HAD dans le cas où un service d'HAD serait accessible.<sup>[26]</sup>



### Motif de non-recours à l'HAD ( en % )



**Champ** • Patients des 12 derniers mois: médecins généralistes n'ayant pas adressé de patients aux services d'HAD dans les douze derniers mois, alors qu'ils déclarent qu'un tel service existe dans leur secteur d'exercice (29% des médecins du panel). Dernier patient hospitalisé: médecins généralistes ayant eu recours à l'HAD au cours des douze derniers mois mais qui ont préféré l'hôpital à l'HAD pour le dernier patient hospitalisé (36% des médecins du panel).  
**Sources** • DREES, URML, FNORS, Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, juin- sept. 2009.

## 4. Dépendance des patients

Au cours de l'hospitalisation, l'autonomie des patients est une donnée importante dans la prise en charge au domicile. Dans un premier temps, déterminée à l'admission puis réévaluée régulièrement, l'autonomie du patient est codifiée selon deux indices. Ces indices permettent de compléter l'état de santé du patient et d'évaluer son évolution au cours de l'hospitalisation, mais aussi de déterminer ses besoins notamment en matériel médical.

### a) Activité de la Vie Quotidienne (AVQ) :

La grille d'Activité de Vie Quotidienne (AVQ) détermine selon deux axes, l'activité relationnelle (comportement et communication) et l'activité locomotrice (déplacements et transfert lit-fauteuil, habillage et toilette, alimentation, continence). Ainsi quatre classes sont définies en fonction du score total :

- Niveau 1 : Autonomie complète = score de 1 à 6
- Niveau 2 : Faiblement dépendant = score de 7 à 12
- Niveau 3 : Moyennement dépendant = score de 13 à 18
- Niveau 4 : Fortement ou complètement dépendant = score de 19 à 24

Du point de vue locomoteur, deux patients sur trois sont autonomes ou presque au moment de l'admission en HAD, tandis qu'un sur cinq est totalement dépendant <sup>[27]</sup>

Il est évident qu'avec l'âge grandissant, l'autonomie diminue et qu'en fonction des prises en charge, les scores seront différents. À titre d'exemple, en HAD en 2012, les patients en soins palliatifs ont un niveau « 4 » de dépendance selon la grille d'AVQ, près d'une fois sur deux pour l'habillage, les déplacements et la continence et une fois sur trois pour l'alimentation <sup>[28]</sup>.

## **b) Indice de Karnofsky**

L'indice de Karnofsky est quant à lui plus global, fondé sur l'évaluation des gestes de la vie courante, comme l'habillement, et la dépendance en soins médicaux. L'échelle allant ainsi de 0% (décès) à 100% (autonomie complète) comme on peut le voir en Annexe 1. Il permet de mieux cerner la nature de l'autonomie et le niveau de dépendance du patient. Dans le cadre de l'HAD, les deux indices sont complémentaires.

En prenant connaissance de ces informations, via la famille par exemple, le pharmacien pourra évaluer plus facilement le besoin en matériel médical, comme le lit, le déambulateur, canne, etc. Dans l'hypothèse où le pharmacien a l'information en amont, il pourrait anticiper ce besoin et être plus réactif.

## **III. Pharmacien d'officine et HAD, mode d'emploi**

### **A. Rôle**

#### **1. La convention entre HAD et officines.**

Dans le cadre de sa coopération avec un service d'HAD, les officines doivent se conformer selon une convention, individuelle à chaque pharmacie, aux conditions de délivrance et aux pratiques professionnelles définies par l'HAD.

La mise en place de ce « contrat » se fait toujours avant l'admission du patient en HAD ou bien à la demande du pharmacien dans la perspective d'un partenariat futur.

Communément, la convention s'articule autour des modalités de collaboration et des conditions du partenariat ainsi que le respect des réglementations spécifiques à l'HAD. Elle permet de définir les différents médicaments, dispositifs médicaux et suppléments nutritionnels convenus que l'officine peut ou ne peut pas délivrer. Pour la plupart des HAD, les produits de cosmétologie, d'hygiène ou d'incontinence ne sont pas pris en charge à l'officine.

Ainsi l'HAD se doit de fournir en annexe à la convention une liste,

non exhaustive, des produits qu'elle fournit au patient, et donc que l'officinal ne doit pas délivrer.

On pourra y trouver associée, une fiche d'identification de la pharmacie avec toutes ses coordonnées (postales, bancaires et professionnelles) ainsi que l'organisation des gardes pour les soirs, week-ends et jours fériés afin d'assurer la délivrance de médicaments en cas d'urgence.

Chose importante, il sera rappelé dans la convention que le patient conserve le libre choix de l'officine qui fournira les médicaments durant l'HAD, sous réserve d'acceptation de la convention par celle-ci. Le plus souvent les patients se dirigent vers leur pharmacie habituelle où leur traitement est bien connu et ce qui facilite la transition de l'hôpital à la ville lorsque c'est le cas.

Enfin, il est prévu que le pharmacien d'officine puisse assister aux réunions de coordination concernant son ou ses patients, ce qui constitue une opportunité supplémentaire de s'investir dans l'amélioration du suivi des soins. En ayant un contact direct avec les autres membres de l'équipe de soin, il pourra mieux évaluer le projet de soin et l'évolution du patient, mais aussi créer un lien avec l'équipe d'HAD.

## **2. Modalité de délivrance et de tarification**

### **a) Délivrance**

La convention définit les modalités de transmission des informations relatives au patient pour assurer une coordination et des soins de qualité.

De ce fait, il est prévu qu'un maximum d'informations sur le patient soit fourni par l'HAD à la pharmacie avant son admission, avec notamment l'état prévisionnel de la prescription médicamenteuse afin d'anticiper la mise en route du traitement. Chaque entrée et sortie du patient (en HAD) devra être signalé le plus rapidement possible au pharmacien.

Comme l'évoque la FNEHAD en 2009, dans son Livre Blanc sur l'amélioration des systèmes d'information<sup>[29]</sup>, on pourrait envisager

dans un futur proche la possibilité pour les officines et les PUI d'échanger facilement en temps réel et de façon sécurisée les données sur les traitements de leurs patients, une sorte d'extension du Dossier Pharmaceutique, via un réseau informatique. Ce genre d'évolution, certes lointaine mais pas utopique, serait formidable pour toute la profession, elle permettrait la sécurisation du circuit du médicament et la continuité entre l'hôpital et la ville.

Dans le cas de la mise en route d'une hospitalisation pour un patient, l'HAD fournira les coordonnées du médecin traitant ainsi que les horaires du premier passage de l'intervenant d'HAD.<sup>[30]</sup>

Concernant la délivrance en elle-même, le pharmacien doit délivrer uniquement 7 jours de traitement, avec donc le plus petit conditionnement possible. Quid d'économie, de gaspillage et d'un meilleur suivi ? On pourra se poser la question de l'impossibilité de déconditionner les médicaments dans ce type de situation. Et pourquoi ne pas, envisager la mise en place d'un système de préparation de pilulier hebdomadaire sécurisé avec une automatisation de la préparation des doses à administrer.

La délivrance devra, si les conditions le permettent, se faire avant la première intervention au domicile. La convention pourra spécifier, dans le cadre de la délivrance, les conditions de substitution (générique ou non) et dans quel cas contacter le médecin traitant.

Il faut rappeler que le pharmacien peut délivrer les médicaments qui font partie de la réserve hospitalière dans la mesure où la convention passée avec l'établissement d'HAD, dans le cas où celui-ci ne posséderait pas de PUI, l'autorise et spécifie les conditions de délivrance. Toutefois, il ne s'agit pas du cas le plus fréquent. Dans le cas d'un établissement sans PUI, la fourniture des médicaments réservés à l'usage hospitalier est habituellement réalisée dans le cadre d'une convention avec un autre établissement doté d'une PUI.

## **b) Facturation**

Pour rappel, la tarification des médicaments en HAD se fait selon le modèle de la T2A, compris dans des GHT à l'exception des médicaments onéreux, dits « hors GHS » et qui sont regroupés sur une liste spécifique.

Ainsi le pharmacien d'officine facture les médicaments délivrés, non pas à l'organisme de caisse primaire d'assurance maladie du patient, mais directement à l'établissement de santé. Concernant le matériel de maintien à domicile et les DM en location, la facturation se fait à la journée.

Le pharmacien transmet alors la facture par courrier à l'HAD accompagné du duplicata ou d'une photocopie de la prescription, système qui devient fastidieux aussitôt que le nombre de prise en charge devient important pour l'officine. Tout, comme avec la sécurité sociale, une méthode de télétransmission serait envisageable dans l'avenir.

La plupart du temps l'établissement d'HAD effectuera le règlement par virement dans les 15 jours voire le mois qui suit.

## **c) Responsabilité et Devoir du Pharmacien**

Par le biais de la convention, le pharmacien s'engage à respecter les conditions de délivrance fixées par l'HAD ainsi que les devoirs qui l'incombent.<sup>[30]</sup> Comme à son habitude, il doit réaliser l'analyse pharmaceutique et vérifier la conformité des prescriptions, la délivrance de l'ordonnance faisant foi de validation.

Par la suite, il devra dans les plus brefs délais faire part à l'HAD des médicaments délivrés, bien souvent par fax. Encore une fois, dans l'hypothèse d'un système de communication en temps réel avec l'hôpital, ce type d'informations pourrait véhiculer rapidement sans perte de temps et de façon sécurisée.

Le pharmacien est également tenu à des obligations en matière de matériovigilance et de pharmacovigilance.

### **3. L'intervention du pharmacien d'officine dans un établissement disposant d'une PUI**

Comme le prévoit la loi HPST, dans une disposition reprise dans l'article L5126-5-1 et précisée dans l'article R5126-23-1 du CSP, un établissement d'HAD disposant d'une PUI peut organiser le circuit des produits de santé en ayant recours à une pharmacie d'officine. Dans ce cas, une convention doit préciser les modalités de l'intervention du pharmacien d'officine.

L'officine assure alors la délivrance des traitements pour les patients de l'HAD selon les conditions définies avec l'établissement.

### **4. Exemples d'intervention du pharmacien**

Le pharmacien intervient dans la sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient. De ce fait, il travaille avec le médecin coordonnateur sur l'organisation du circuit. Il pourra assurer la gestion de l'armoire des soins d'urgence sous la responsabilité du médecin coordonnateur pour définir et gérer le stock ainsi que la mise en place des commandes<sup>[31]</sup>. Tout ce faisant évidemment en collaboration avec le reste de l'équipe d'HAD afin de déterminer les besoins. Éventuellement, une "sacoche d'urgence" pourra être constituée, notamment pour faire face à des interventions en zone rurale éloignée, la gestion de cette sacoche se faisant de la même façon que pour l'armoire d'urgence<sup>[32]</sup>.

### **5. Suivi Pharmaceutique Personnalisé: SPP**

Certaines HAD proposent aux pharmaciens d'officine avec lesquels elles travaillent d'effectuer un suivi personnel de leur patient, c'est le cas ici de l'établissement privé à but non lucratif « Hôpital à Domicile 35 »<sup>[33]</sup> en Ille et Vilaine.

Le SPP constitue, en effet, une opportunité nouvelle pour le pharmacien d'officine de s'impliquer activement dans le suivi de ses patients en HAD. Sur demande du médecin coordonnateur ou de l'officinal, le pharmacien de l'établissement d'HAD pourra autoriser le SPP d'un patient en complément des actes déjà réalisés dans le

cadre de l'HAD.

Ainsi, selon un forfait à la semaine et par patient, défini par la convention avec l'établissement, le pharmacien devra dispenser au domicile de façon hebdomadaire le traitement de son ou ses patients afin de s'assurer de la bonne observance de celui-ci. Cette livraison devra être traçable grâce à un cahier de liaison au domicile et à l'officine avec le détail des médicaments délivrés et l'heure de livraison.

Les médicaments doivent être préparés dans des paquets nominatifs, opaques et scellés assurant la délivrance en toute sécurité pour le patient. Évidemment la conservation des médicaments devra être prise en compte par le pharmacien dans le mode de transport et la préparation du paquet (poche de froid par exemple).

Une fois au domicile du patient, le pharmacien devra s'assurer de la compréhension du traitement par la délivrance de conseils et de recommandations. Il devra aussi récupérer les médicaments non utilisés en vue de les intégrer dans la filière de destruction Cyclamed®.

Il sera indispensable pour le pharmacien de veiller à la bonne gestion du stock de médicaments dans un souci de maîtrise des dépenses mais aussi afin d'éviter les ruptures qui pourraient nuire au patient.

## **6. Bonnes pratiques et PEP**

Dans le cadre des PEP, les établissements de santé doivent se conformer à ces pratiques afin d'obtenir leur certification puisqu'elle est nécessaire à l'exercice de leur activité et gage de qualité des soins fournis. Certaines de ces PEP peuvent impliquer le pharmacien d'officine dans le cadre d'une coopération avec un établissement d'HAD.



### **a) Gestion des événements indésirables, pharmaco- et matério-vigilance:**

La gestion des événements indésirables, Critère 8.f du manuel de certification V2010, qui concerne la survenue d'effets indésirables lié à la prise de médicaments, implique le pharmacien d'officine qui peut facilement être informé de ce genre d'événements du fait de sa proximité.

Ce signalement s'intègre dans le système de pharmacovigilance, où les professionnels de santé doivent signaler spontanément tout effet indésirable grave (susceptible de mettre la vie du patient en danger par exemple) ou inattendu (non décrit dans le RCP) auprès des CRPV<sup>[34]</sup>, le signalement étant ensuite traité et analysé par l'ANSM pour élaborer des plans de gestion de risque et prendre les mesures nécessaires.

Le pharmacien devra, dans ce cas, collecter toutes les informations nécessaires demandées par l'ANSM<sup>[35]</sup>, afin d'orienter efficacement les professionnels de santé, ainsi que les patients, dans cette démarche.

Les dispositifs médicaux mis sur le marché font aussi l'objet d'une surveillance, la matériovigilance, via un système très similaire à celui de la pharmacovigilance. Le pharmacien devra déclarer tout incident mettant en cause un dispositif médical (Annexe 3).

Selon la même méthodologie, le pharmacien devra signaler auprès du correspondant de matériovigilance de l'établissement d'HAD ce genre d'événement. Cette procédure devra être clairement définie au sein de l'officine et en accord avec l'établissement de santé.

### **b) Gestion des plaintes et réclamations:**

Articulée autour du système de signalement des effets indésirables, la gestion des plaintes et des réclamations, selon le Critère 9.a du manuel de certification V0210, pourra s'ajouter facilement à la procédure de signalement par le pharmacien d'officine, dans le contexte d'une HAD.

La communication entre la pharmacie et l'HAD sera un point crucial dans la gestion du projet de soin.

### **c) Gestion du dossier patient**

L'organisation de la tenue des dossiers et de leur accès est régie et formalisée par l'HAD. De ce fait, tous les intervenants auprès du patient doivent se conformer à ces méthodes, y compris le pharmacien, notamment dans le cas de livraison et de délivrance au domicile. Une attention particulière doit être portée au circuit des prescriptions.

### **d) Démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse**

La démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse s'inscrit dans le Critère 20.a du Manuel de certification V2010 et le Contrat de Bon Usage signé par l'établissement de santé. Elle implique la pharmacie d'officine. L'établissement fixe dans ce contrat sa politique d'amélioration de prise en charge médicamenteuse, en concertation avec les professionnels de santé.<sup>[36]</sup>

Le pharmacien devra dans le cadre de la convention, appliquer les bonnes pratiques et disposition définies par le CBU. Il pourra appliquer au sein de son officine l'amélioration de la dispensation nominative et sa sécurisation, ainsi que la prise en charge médicamenteuse informatisée avec support unique de prescription.

L'établissement pourra mettre à disposition des officines des outils d'aide (actualisés et validés), tels que des bases de données agréées par l'HAS, par exemple Thériaque.

La sensibilisation aux risques d'erreur médicamenteuse mise en œuvre par l'établissement devra être relayée, ou pourra être initiée, par le pharmacien auprès de son équipe en vue d'améliorer la sécurisation la délivrance.

L'information du patient sur le bon usage des produits de santé est aussi au cœur de ce contrat pour le pharmacien, avec par exemple la

mise en place de fiches conseil standardisées à destination du patient.

Le CBU pourra aussi prévoir un audit périodique sur le circuit du médicament ainsi que sur le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses auquel pourra participer le pharmacien afin d'en dégager les actions nécessaires à l'amélioration de la qualité de prise en charge.

### **e) DASRI et MNU**

La récolte des Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux est une obligation récente pour le pharmacien.

Liés aux types de pathologies prises en charge en HAD, les soins du patient engendrent plus de DASRI. S'agissant d'une prise en charge du patient en établissement de santé, c'est bien l'établissement assurant l'HAD qui se charge d'organiser le circuit des déchets. Toutefois, le pharmacien peut intervenir dans la bonne gestion des déchets et le suivi de la réglementation en vigueur (i.e. médicaments cytotoxiques).

Ainsi il faut informer le patient des produits concernés et de leur circuit. (Annexe 4 et 5)

Au domicile du patient, on distingue deux types de DASRI.<sup>[37]</sup> Les OPCT, objets piquants, coupant et tranchants, qui peuvent blesser et qui sont des sources potentielles de germes infectieux. Ces déchets sont éliminés dans des conteneurs rigides standardisés.

Les DASRI "mous" qui présentent un risque "biologique" de type infectieux, devront être récupérés dans des sacs jaunes spécifiques et éliminés dans un carton homologué et adapté à ces déchets (poche interne étanche et résistante).

### **B. Formation.**

La pratique de la dispensation dans le cadre d'une HAD ne requiert légalement aucune obligation de formation supplémentaire pour le pharmacien d'officine. Cependant, dans l'optique de développer une activité et d'améliorer sa compétence dans le secteur de l'HAD il est indispensable

de maîtriser le sujet, notamment concernant le matériel médical et les soins à domicile ou encore l'orthopédie et le petit appareillage. Par exemple, la connaissance de la liste des produits à prestation remboursable, des DM et de leur bon usage ou encore du matériel de location sont des atouts majeurs pour améliorer la prise en charge par l'officine en matière d'HAD.

La grande majorité des universités proposent des Diplômes Universitaires (DU) en vue de se former spécifiquement à chacun de ces domaines.

On pourra imaginer, pour l'officine, dans le cas d'une activité conséquente d'HAD, de développer son circuit de location de matériel médical ou bien encore de matériel d'oxygénothérapie pour cela il existe des formations pour l'obtention de certificat et attestation tel que le propose l'université de Lille 2 :

- Certificat de bonnes pratiques de délivrance des dispositifs médicaux et services à domicile
- Attestation de professionnel garant en oxygénothérapie et dispensation de l'oxygène
- Certificat de formation en oxygénothérapie et dispensation de l'oxygène

## **IV. Une perspective pour la profession ?**

### **A. Comparaison : l'HAD avec et sans PUI**

La prise en charge en HAD oppose deux types principaux de fonctionnement et ce quel que soit le financement de l'établissement. D'un côté, l'établissement bénéficiant d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) et de l'autre l'établissement n'en bénéficiant pas.

	Avec PUI	Sans PUI
<b>Avantages</b>	Sécurisation du circuit Diminution des coûts Délivrance fractionnée au comprimé prés  Diffusion maîtrisée du conseil de bon usage	Libre choix de la pharmacie Réseau de proximité Réactivité de mise à disposition des médicaments  Accessibilité  Gestion des urgences
<b>Inconvénients</b>	Moindre réactivité  Peu de médication Pas de substitution  Pas de choix pour le patient	Pas d'analyse globale du projet de soin Médicament de RH non pris en charge la plupart du temps Pas forcément de respect du CBU Coût de prise en charge plus important

**Tableau : Comparaison des avantages et inconvénients d'une prise en charge médicamenteuse par un établissement avec PUI et sans PUI. Source : [38]**

En premier lieu le coût de la prise en charge, on pourra relever une différence pouvant aller jusqu'à quatre fois moins chère en faveur de la PUI<sup>[38]</sup>, en effet l'établissement bénéficiant de plus de moyens financier que l'officine, peut réussir à diminuer le prix de ses médicaments (enveloppe annuelle et appel d'offre). La délivrance strictement fractionnée à sept jours renforce l'économie et d'une autre part améliore la sécurisation du circuit de dispensation. On notera que l'officine pourra elle aussi améliorer la sécurité du circuit par le biais de système de préparation de doses nominatives standardisées.

Dans un second temps, le problème de la délivrance en aveugle par l'officine puisqu'elle méconnaît le plus souvent la totalité du projet de soin, il est difficile pour le pharmacien d'orienter son analyse pharmaceutique sur une unique prescription. Il pourra améliorer sa dispensation en s'investissant et en assistant aux réunions de

coordination de l'équipe d'HAD, afin de mieux prendre connaissance du projet de soin de ses patients tout en construisant un dialogue avec l'équipe de soin.

Argument en faveur de l'officine, la possibilité de gérer les urgences, principalement les week-ends, pour dépanner ou mettre rapidement en place un nouveau traitement.

Il est bon de noter que dans le cas de la PUI, la diffusion du bon usage des médicaments est maîtrisée grâce à peu d'intermédiaires et directement transmise par le pharmacien de la PUI à l'infirmière qui administre le traitement au domicile. L'officine pourra pallier ce manque par la mise en place de fiches conseils associées à la délivrance du traitement.

L'HAD avec PUI sera plus souvent associée aux grandes villes et leur agglomération tandis que l'HAD sans PUI, du fait du maillage territorial vaste des officines, sera associée aux petites villes et campagnes. Au final, les deux systèmes sont complémentaires et chaque cas est particulier, on ne pourra pas trancher pour l'un ou l'autre. Cette complémentarité devra avant tout bénéficier au patient et chaque structure devra garder en tête ses qualités et ses défauts afin de toujours améliorer leurs prises en charge.

## **B. Intérêts et valorisation pour l'officine**

### **1. Discussion : les pharmaciens d'officine au quotidien.**

Voici quelques exemples illustrant l'implication des pharmaciens d'officine.

#### **a) Une pharmacie rurale dans le Pas-de-Calais (62):**

Rénovée il y a peu, cette pharmacie de campagne de taille moyenne rayonne sur un large territoire permettant de subvenir aux besoins d'un grand nombre de personnes isolées. L'activité d'HAD est toute relative et varie énormément au cours de l'année, en moyenne la pharmacie gère 5 à 6 patients tous les 3 mois, mais par exemple seulement 2 patients au mois

de Septembre.

Leur processus de travail s'organise de telle façon:

- 1) Réception du contrat par fax et retour signé pour accord
- 2) Délivrance des ordonnances présentées le plus souvent par un proche ou un(e) infirmier(e) et mise en compte du coût de l'ordonnance au nom du patient.
- 3) Constitution d'un dossier nominatif comprenant: les feuilles de soins pharmacien Cerfa, les vignettes des médicaments délivrés, le double des ordonnances associées et la facture résumée de la prise en charge.
- 4) L'envoi des dossiers à l'HAD de Calais Saint-Omer se fait tous les 15 jours en moyenne et le paiement à l'officine ce fait dans un délai de 1 mois, mais malheureusement cela peut prendre parfois plus de temps, le paiement pouvant être différé jusqu'à 2 mois.

Dans le cadre de l'HAD de Calais Saint-Omer, les ordonnances sont spécifiques (dénomination, durée, posologie, répartition journalière, unité + étiquette patient) et se font sur un support unique. Cependant il arrive encore souvent que les médecins n'utilisent pas ces ordonnances ce qui favorise le risque d'erreur, à la fois dans la délivrance et l'administration.

La titulaire relève le problème de l'incompatibilité des conditionnements (bien souvent mensuel) des médicaments et de la délivrance hebdomadaire. "C'est un procédé peu cohérent".

Autre problème important pour la pharmacie, l'absence de visibilité dans le projet de soin du patient, en effet l'HAD communique peu voire pas sur les autres traitements du patient et son matériel. Il devient alors compliqué d'anticiper d'éventuelles interactions médicamenteuses dans le cas de médicaments issu de la réserve hospitalière délivré par l'HAD et au final de gérer au mieux la prise en charge sans connaître le contexte global de l'état du patient.

L'HAD prend en charge la location du matériel déjà mis en place par la pharmacie, puisque bien souvent l'état de santé du patient le nécessite. L'HAD s'initie par la suite. Cependant on pourra relever un certain "manque d'éthique" lorsque l'HAD force la pharmacie à récupérer son matériel, déjà en place, pour pouvoir le remplacer par le sien sans que cela soit réellement nécessaire pour le patient.

Enfin concernant la coordination, il est difficile pour la pharmacie d'obtenir des informations sur l'état de santé du patient, seules les infirmières et le médecin coordinateur, proches de la pharmacie, expliquent succinctement lorsque l'occasion se présente.

On pourra conclure que des changements sont à opérer, le shunt de la pharmacie pour le matériel médical et le manque de communication auprès de l'officine sont deux points négatifs qui freinent le développement de l'activité d'HAD de l'officine. Au final, pour le titulaire, la gestion d'une HAD semble fastidieuse et peu profitable comparativement au temps consacré.<sup>[39]</sup>

### **b) Une pharmacie en milieu semi-rural dans le Pas-de-Calais (62) :**

Cette pharmacie bénéficie de l'aura de l'hôpital à proximité. Elle gère alors un grand nombre de patients en HAD, en moyenne 4 à 5 patients par mois. Leur système de gestion des dossiers est quasi similaire à la pharmacie précédente, la seule différence est qu'elle conserve une copie des feuilles de soin pharmacien et d'une facture en cas de litige avec le service d'HAD.

Le titulaire explique la difficulté de gérer la délivrance des stupéfiants, liée aux jours de carences et aux délais entre la rédaction de l'ordonnance et sa délivrance.

Un souci récurrent concerne le délai parfois trop long dans le paiement par le service d'HAD et le manque de coordination de l'équipe de soin. Ce manque de coordination donne lieu à des prescriptions discordantes voir redondantes, ce qui soulève le problème du surcoût dans le cas de l'officine. Ici, l'officine n'a pour seul relais d'information que les infirmières.



Autres difficultés, l'information n'étant pas toujours bien relayée et l'entourage du patient ne comprenant pas très bien les différences entre prescription HAD et hors-HAD, il arrive que des délivrances soient facturées à la sécurité sociale et non au service d'HAD et inversement.

Un dernier point est abordé par le titulaire à propos du coût régulier, et au final important, de l'envoi des factures par courrier au service d'HAD. Le développement des systèmes de télétransmission semble de plus en plus nécessaire.

En définitive, la pharmacie répond à la forte demande d'HAD grâce à l'hôpital à proximité, cette activité lui est de ce fait profitable. Cependant elle nécessite un investissement conséquent de temps lié à la lourdeur administrative du système actuel. Il faut noter que même si cette activité est peu profitable, elle rend indéniablement un service de santé publique important.<sup>[40]</sup>

### **c) Une pharmacie de quartier dans le Nord (59) :**

Avec une activité modeste d'HAD, par exemple, 3 patients sur le mois de Juillet, la pharmacie affiche une volonté forte de s'investir dans l'amélioration de la prise en charge de ses patients en HAD. En effet, le titulaire m'expose les grosses difficultés qu'il vit au quotidien, principalement le manque de communication avec l'hôpital. Les patients sont placés en HAD sans même que l'officine en soit informée, que ce soit pour les entrées ou les sorties, aucun fax n'est envoyé. La pharmacie prend alors connaissance de l'HAD par le biais de l'entourage du patient à l'occasion d'une visite à l'officine.

Autre problématique, le service d'HAD envoie trop souvent des ordonnances à l'officine pour se faire dépanner en urgence sans même informer le pharmacien du traitement complet du patient, ce type de délivrance en aveugle est trop peu sécurisé.

Aussi, il semblerait que les médecins prescripteurs soient peu formés. Bien trop souvent ils ne mentionnent pas sur l'ordonnance la

prise en charge en HAD, l'ordonnance est alors facturée par erreur à la sécurité sociale. Il faudrait que les médecins prescrivent sur un support unique relatif à l'HAD.

Le titulaire m'explique être demandeur pour participer à des réunions de coordination avec l'équipe d'HAD et même être présent au domicile avec l'infirmière référente le premier jour de l'hospitalisation. La présence du pharmacien pourrait être très bénéfique à la mise en place du projet de soin notamment pour le matériel.

Il est évoqué au pharmacien, par le biais de l'entourage, les difficultés dans l'organisation des soins, par exemple lorsque la première toilette de la journée est réalisée à midi. Les patients se sentent emprisonnés à leur domicile sans avoir, par exemple, la liberté de manger lorsqu'ils l'entendent.

Au final c'est la frustration qui domine, le pharmacien aimerait faire bien mieux pour améliorer l'HAD de ses patients. Des gros efforts semblent encore à faire en matière de communication.<sup>[41]</sup>

## **2. Perspectives de développement**

### **a) Éducation Thérapeutique Patient**

Il devient fondamental pour le pharmacien d'officine de se démarquer en développant de nouvelles activités en plus de la dispensation classique pour mieux renforcer son rôle d'acteur de santé publique et faire évoluer la profession. Dans l'optique où une officine accroît son potentiel d'HAD il pourrait être intéressant d'y associer l'ETP comme un outil supplémentaire dans la réalisation du projet de soin des patients lorsque cela est possible.

Dans l'hypothèse de visites au domicile pour y délivrer des médicaments, faire une installation de matériels ou bien encore dans le cadre d'un SPP, le pharmacien pourrait réaliser des séances d'éducation thérapeutique à la façon d'un entretien individuel tout en profitant du domicile comme un milieu propice à l'échange et à l'éducation.

Définie par l'HAS (en 2007) et dans la loi HPST (en 2009), l'ETP concerne uniquement les patients souffrant de pathologie chronique et "s'inscrit dans le parcours de soin du patient", elle permet l'amélioration du suivi du patient, de favoriser son autonomie dans la gestion de sa maladie tout en contribuant à améliorer la qualité de vie de celui-ci. Au final, le but est qu'il acquiert des compétences d'autosoins et d'adaptation devant sa maladie.

L'ETP peut être réalisée par tous les professionnels de santé (selon la liste du Code de la Santé Publique) impliqué dans la prise en charge d'un patient ayant une maladie chronique, suivant des programmes validés par l'ARS et avec le consentement écrit du patient.

L'environnement pluri-professionnel de l'HAD pourra être favorable au développement et à la bonne réalisation d'un tel programme.

### **b) Coordination et dossier patient**

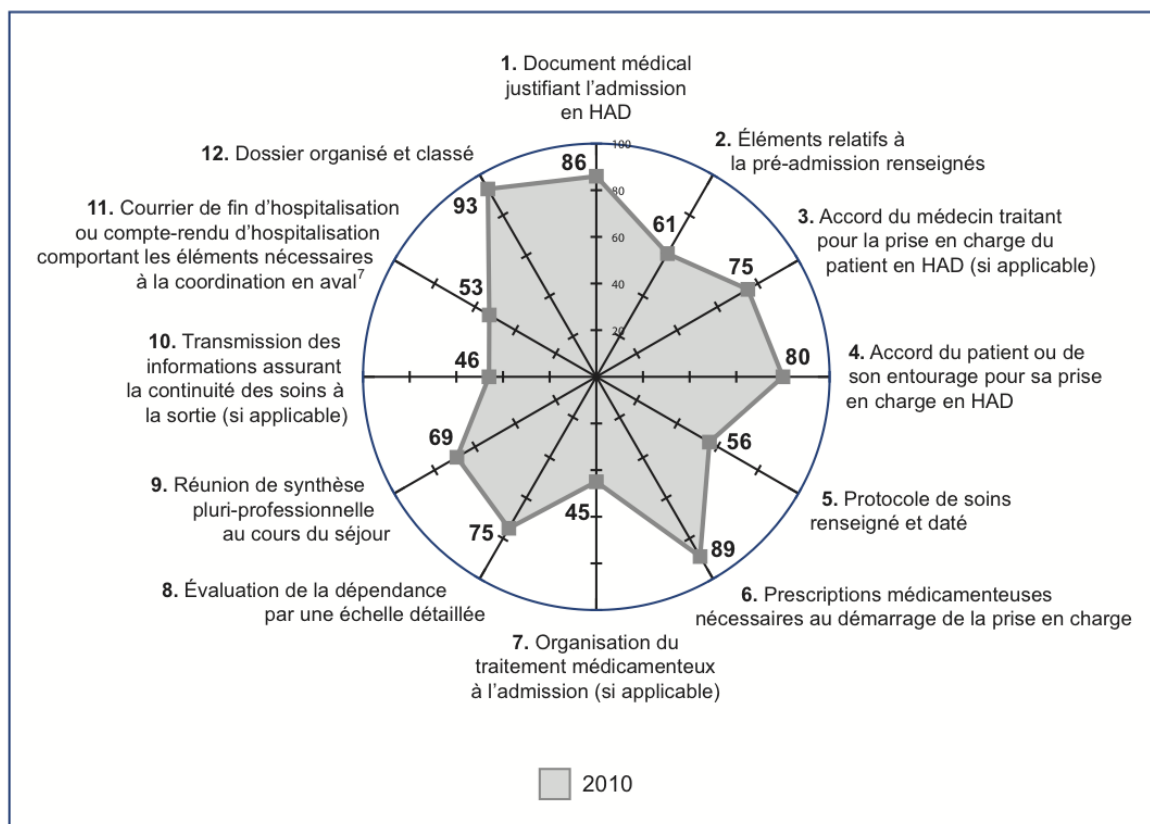
Du fait de la multiplicité des acteurs, la transmission des informations en HAD est un point crucial pour la bonne réalisation d'un projet de soin. Le dossier-chevet du patient se présente comme la clé voûte de cette coordination pluridisciplinaire et concourt à la sécurisation de la prise en charge.

Une tenue rigoureuse de ce dossier par l'équipe et tout intervenant libéral au domicile conditionnera la qualité des soins. Elle facilitera la traçabilité du patient dans son parcours et rendra lisible toute interventions au domicile.

Ce dossier doit être accessible au patient et à ce titre une certaine tenue rédactionnelle doit être observée, et dans un souci de confidentialité des mesures doivent être prise dans le cas de visites au domicile par des personnes externes.

En plus de l'identité du patient et de ses antécédents médicaux, le dossier, comprend toutes les informations des professionnels concernés et à ce titre les coordonnées (identité, adresse, numéro de téléphone, horaires) de la pharmacie en charge du traitement du patient.

Même si, selon une étude de l'HAS<sup>[42]</sup>, en 2010, 7 dossiers sur 10 étaient bien tenus, il reste une marge de progression en matière de qualité notamment dans l'organisation des traitements à l'admission et dans la transmission d'information à la sortie de l'hospitalisation.



**Figure : Critères composant le score de la « Tenue du dossier patient » - Etude réalisée en 2010.**

NB: le score est évalué sur 20 critères allant du plus mauvais (0) au meilleur score (100).

Au final la bonne tenue des dossiers patients doit permettre le suivi dans le parcours de soins, de l'hôpital à la ville et inversement, mais aussi permettre la rapidité de circulation des informations ainsi que la coordination des intervenants, notamment pour assurer une continuité des soins 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

On notera que de plus de plus, des efforts sont faits pour améliorer la coordination et l'information des pharmaciens d'officine, c'est le cas par exemple de l'HAD Santélyls de Lille qui communique avec pas moins de 800 officinaux pour assurer leur information et leur formation au fonctionnement de l'HAD. Ou encore, le service d'HAD de la Fédosad (Fédération dijonnaise des œuvres de soutien à

domicile) en Côte-d'Or, qui réfléchit à la création d'un poste de pharmacien coordinateur qui serait quotidiennement en contact avec les officines afin de limiter les ordonnances doublons et le gaspillage de médicaments.<sup>[43]</sup>

### **c) Vers la télémédecine en HAD**

L'émergence des systèmes d'informations, notamment grâce au développement de la télémédecine et des outils de surveillance à distance, permet d'envisager l'amélioration de la tenue du dossier et de la coordination des professionnels en HAD. Mais elle soulève encore un grand nombre de problématiques, par exemple, le coût ou la maîtrise du partage de l'information.

Cependant l'exemple prometteur de l'HAD du centre hospitalier de La Rochelle<sup>[44]</sup>, prenant en charge 70 patients et reparti sur 5 secteurs démontre le potentiel de la mise en place d'un tel système. En effet, le service a mis en place un système d'information à l'aide du logiciel « Athom »<sup>(1)</sup> qui permet de traiter l'ensemble des informations relatives au patient et d'y intégrer des documents numérisés et notamment les prescriptions. Il est couplé à un autre logiciel, « Pharma »<sup>(2)</sup>, piloté par un pharmacien, qui permet la retranscription des ordonnances numérisées et leur sécurisation. L'équipe de soignants est équipée de smartphones afin de photographier les ordonnances sur le lieu de vie du patient et de les transmettre par e-mail au service d'HAD et à la PUI qui les vérifie, les valide médicalement et pharmaceutiquement, et les prépare. (Annexe 6)

Au final, les ordonnances sont dématérialisées et transmises en temps réel, le système est efficace, rapide et peu onéreux, il n'est pas intrusif dans le domicile du patient et permet le suivi du cheminement de l'information depuis la source. Cependant il faut nuancer ce bilan, l'amélioration qualitative et quantitative des échanges doit rester une priorité surtout en ce qui concerne la transcription de l'ordonnance photographiée dans le logiciel de prescription, qui est encore trop souvent source d'erreur et lié à un

manque de rigueur.

À terme un système comme celui-ci laisse entrevoir un bel avenir à la télémédecine et son extension aux pharmacies d'officine dans leur activité d'HAD. Le pharmacien doit promouvoir ces dispositifs et s'y intéresser de près s'il veut faire partie intégrante de ces nouveaux systèmes et continuer d'être un acteur majeur de santé publique.

(1). Éditeur : Arcan - [www.arcan.fr](http://www.arcan.fr)

(2). Éditeur : Computer engineering - [www.computer-engineering.fr](http://www.computer-engineering.fr)

#### **d) Préparation des Doses à Administrer**

Dans le secteur de l'HAD, la PDA est un outil potentiellement intéressant pour une officine, la gestion de façon rationalisée et sécurisée des traitements à la semaine ou à la journée, même s'il a un coût, est un gain non négligeable de qualité à la fois pour le patient et l'officine, il permet de réduire le risque d'erreur médicamenteuse dans la délivrance comme dans l'administration.

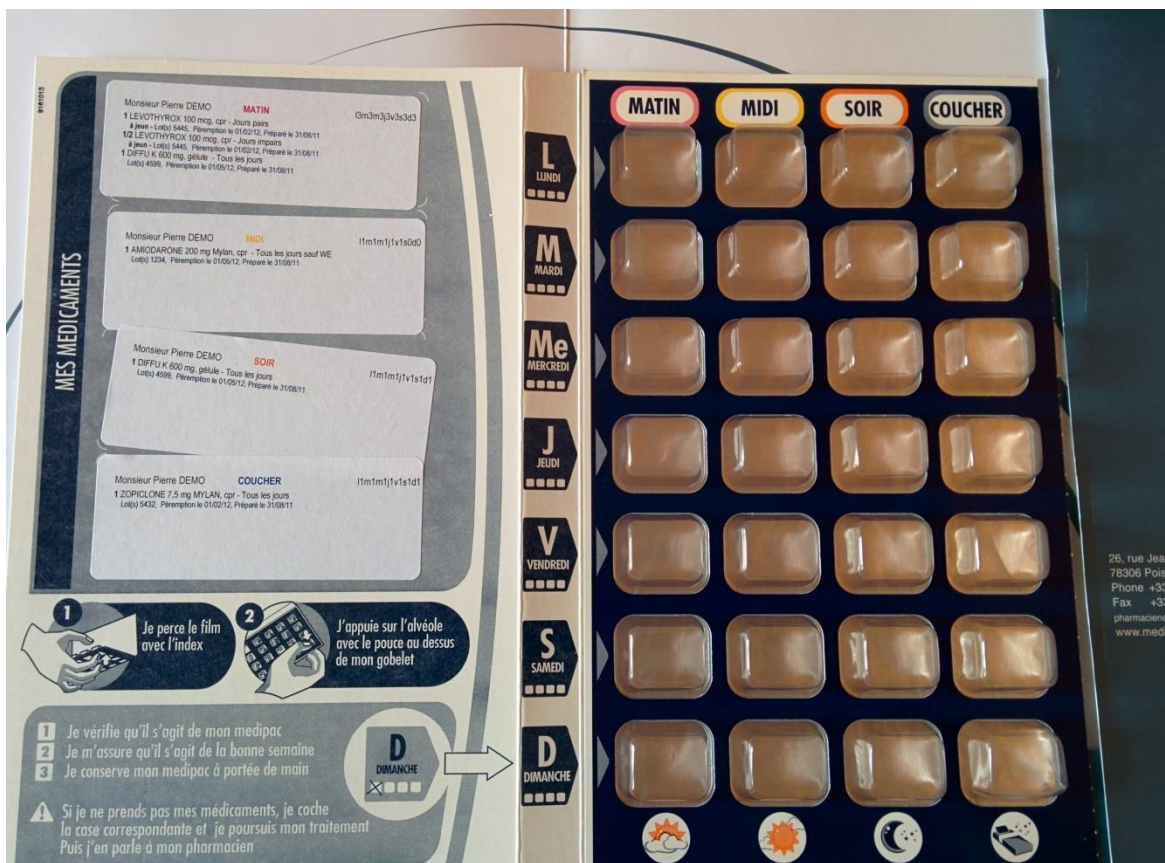
Dans l'optique de faire évoluer son activité d'HAD, la mise en place d'un tel système par l'officine pourrait s'avérer bénéfique, notamment si l'officine collabore avec un ou plusieurs EHPAD.

Voici un exemple de système de PDA couplé à un logiciel de gestion qui permet la préparation des ordonnances et la traçabilité des traitements. Il se présente comme tel :





- Soit par moment de prise (une plaquette pour le matin, le midi, le soir et le coucher)



- Soit par semaine. Chaque modèle est associé à des fiches

rappelle pour les traitements hors pilulier. Par exemple, c'est ce que propose l'entreprise Medissimo avec le Médipac et iMédipac.

Une PDA comme celle-ci favorise l'observance et fournit un outil supplémentaire au personnel soignant de l'équipe d'HAD pour la bonne réalisation du projet de soin.

De plus en plus, l'e-santé se développe, bientôt des systèmes de piluliers "intelligents" vont arriver sur le marché. Connectés à un smartphone, ils permettront l'assistance du patient dans le suivi de son traitement grâce une signalisation lumineuse et des alarmes sonore indiquant les médicaments à prendre au bon moment. Le pilulier pourra tracer les médicaments qui ont été pris ou non et si nécessaire prévenir automatiquement par simple SMS la famille, le pharmacien, ou l'HAD par exemple, d'un oubli de prise.

On s'aperçoit vite du potentiel d'un tel système, fournissant un outil supplémentaire à l'équipe de soin, il pourra faciliter la réalisation du projet de soin d'HAD. Le pharmacien renforce alors sa proximité et ses compétences en matière de suivi personnalisé.

### **e) Idées d'améliorations dans la pratique**

Des mesures peuvent être prises pour améliorer la qualité de l'activité d'HAD à l'officine. Elles pourront être définies en détail avec le service d'HAD dans la convention.

Par exemple, la rédaction de fiches conseils, standardisées, de bon usage du médicament. Ainsi le pharmacien pourrait fournir ces fiches avec le traitement afin de faciliter le suivi et la compréhension du traitement par le patient et son entourage.

Concernant le transport des médicaments au domicile, l'officine pourra définir un protocole spécifique et détaillé sur la préparation des paquets et leur acheminement au domicile du patient, avec pour objectif d'assurer l'opacité du paquet, d'assurer la non-violation de celui-ci ou encore d'assurer les conditions optimales de transport notamment dans le cas de produit nécessitant une conservation au frigo.



Afin de limiter le gaspillage, la pharmacie pourrait pour tous ses patients en HAD activer le Dossier Pharmaceutique afin de mieux gérer le stock de médicaments au domicile et limiter les interactions.

Aussi, le pharmacien pourrait recourir plus souvent à la rédaction d'opinion pharmaceutique associé à la délivrance du traitement afin de laisser une trace écrite de sa réflexion et de mettre en avant son avis professionnel dans le projet de soin du patient.<sup>[45]</sup>

Enfin l'officinal pourrait aussi s'investir plus activement dans les réunions de formations et d'information, en effet encore trop de peu (21%<sup>[43]</sup>) de pharmaciens assistent aux séances organisées par les services d'HAD.

## V. Conclusion

La médecine ambulatoire est un secteur d'avenir et l'HAD en fait partie. Toujours en plein développement et en quête de perfectionnement, ce type d'hospitalisation pourra devenir un moyen de prise en charge indispensable dans les années à venir. Le contexte économique et social conduisant à y recourir de plus en plus.

Au final, l'HAD semble être idéale tant elle est bénéfique pour le patient et apporte une solution économique rationnelle au problème du déficit de la sécurité sociale. Cependant il reste encore beaucoup à faire même si un long chemin à déjà été parcouru depuis les années 50. Le système n'est pas encore aussi mature et perfectionné que le voudrait les institutions et les professionnels de santé.

Et dans tout cela le pharmacien d'officine y a sa place, mais il doit continuer de s'investir activement dans « l'aventure HAD ». Améliorer ses démarches qualité-sécurité, se former, s'impliquer dans la communication avec les services, favoriser la coopération entre professionnels ou encore créer de nouvelles activités autour de l'hospitalisation sont autant d'initiatives que le pharmacien doit prendre pour apporter encore plus de cohérence à l'HAD et pour renforcer son rôle de professionnel de santé au cœur de ce système.

Il faut reconnaître les difficultés et la frustration que beaucoup d'officinaux vivent au quotidien avec leur patient en HAD, mais nous devons d'être persévérant et de participer à l'amélioration de ce type de prise en charge. La pharmacie d'officine doit continuer d'évoluer avec son époque pour préserver la profession.

## Bibliographie :

- [1] Projections de population à l'horizon 2060. Insee Première [Internet]. N°1320 ed. 2013 Oct [consulté le 22 Août 2013]; Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1320](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1320)
- [2] De Linares J. Que faire pour en finir avec les deserts médicaux. Santé et Avenir [Internet]. 2013 Juin 5 [consulté le 22 Août 2013]; Disponible sur: <http://www.sciencesetavenir.fr/sante/20130604.OBS1916/que-faire-pour-en-finir-avec-les-deserts-medicaux.html>
- [3] Cordelier J. Comment lutter contre les déserts médicaux ? Le Point [Internet]. 2013 Feb 7 [consulté le 22 Août 2013]; Disponible sur: [http://www.lepoint.fr/chroniqueurs-du-point/jerome-cordelier/comment-lutter-contre-les-deserts-medicaux-07-02-2013-1625003\\_244.php](http://www.lepoint.fr/chroniqueurs-du-point/jerome-cordelier/comment-lutter-contre-les-deserts-medicaux-07-02-2013-1625003_244.php)
- [4] Le pacte territoire santé : pour lutter contre les déserts médicaux [Internet]. sante.gouv.fr. 2013 [consulté le 15 Sep 2013]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-territoire-sante-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux,12793>
- [5] F.Pauzaud « Tour de France des officines en difficulté ». Le Moniteur des pharmaciens, N°2956, cahier 1 ; 10 Nov 2012.
- [6] Communiqué - Parcours de soins des personnes âgées: Lancement d'un travail national sur le recours à l'HAD pour éviter l'hospitalisation des personnes âgées en situation d'urgence. FNEHAD; 2013.
- [7] XVIème Journée Nationale de l'HAD. Paris; Dec, 2013.
- [8] Lelièvre N. Hospitalisation à domicile, mode d'emploi. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement. 2009 Juin;10(3). p. 148–153.
- [9] Sentilhes-Monkam A. Rétrospective de l'hospitalisation à domicile - L'histoire d'un paradoxe. Revue française des affaires sociales. 2005;3(3). p.157–182.
- [10] Livre Blanc des Systèmes d'Information en Hospitalisation à Domicile. FNEHAD; 2009 Juin. 143 p. ; p. 16
- [11] Paul O, Dabadie A, Gisolet G, Jean M-F. Rapport d'activité de la FNEHAD 2012-2013. Dax: FNEHAD; 2013 Juillet. p. 17
- [12] Livre Blanc des Systèmes d'Information en Hospitalisation à Domicile. FNEHAD; 2009 Juin. 143 p.; p. 19.
- [13] Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins. Visite en établissement d'Hospitalisation à Domicile - Fiches thématiques. HAS; 2011 p. 13 - 14. Report No.: ACC01\_T113\_A.
- [14] Paul O, Dabadie A, Gisolet G, Jean M-F. Rapport d'activité de la FNEHAD 2012-2013. Dax: FNEHAD; 2013 Jul. 90 p. ; p. 18.
- [15] Paul O, Dabadie A, Gisolet G, Jean M-F. Rapport d'activité de la FNEHAD 2012-2013. Dax: FNEHAD; 2013 Jul. 90 p. ; p. 16
- [16] Paul O, Dabadie A, Gisolet G, Jean M-F. Rapport d'activité de

- la FNEHAD 2012-2013. Dax: FNEHAD; 2013 Jul. 90 p. ; p. 19
- [17] Paul O, Dabadie A, Gisolet G, Jean M-F. Rapport d'activité de la FNEHAD 2012-2013. Dax: FNEHAD; 2013 Jul. 90 p. ; p. 23 – 24
- [18] Mascret C. Décryptage de la loi HPST à l'usage du pharmacien. Actualités pharmaceutiques. 2009 Nov;(n°490). p. 56-57.
- [19] Afrite A, Com-Ruelle L, Or Z, Renaud T. Question d'économie de la santé - L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation. IRDES. 2007 Fév;(n°119). 8 p.
- [20] La qualité en chiffres [Internet]. FNEHAD; Juin 2011 [consulté le 1er Oct 2013]. Disponible sur: <http://www.fnehad.fr/images/stories/10. Qualit en HAD donnees 2010.pdf>
- [21] Fournier S. Qualité et Sécurité des soins - L'indicateur ICALIN [Internet]. Réseau AP-HP. 2013 [consulté le 21 Janv 2014]. Disponible sur: <http://indicateurs.aphp.fr/indicateur-icalin/>
- [22] HAS. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Haute Autorité de Santé; 2011 Avril. 112 p.
- [23] Paul O, Dabadie A, Gisolet G, Jean M-F. Rapport d'activité de la FNEHAD 2012-2013. Dax: FNEHAD; 2013 Juillet . 90 p. ; p. 53.
- [24] Accréditation et Certification des établissements de santé - La V2014 [Internet]. HAS. Déc 2013 [consulté le 17 Fév 2014]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1495044/fr/la-v2014](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1495044/fr/la-v2014)
- [25] Sentilhes-Monkam A. L'hospitalisation à domicile et la prise en charge de la fin de vie : le point de vue des patients et de leurs proches. Santé Publique. 2006; éd. 18(n°3). p. 443 - 457.
- [26] PARAPONARIS A, GUERVILLE M-A, CABUT S, OBADIA Y, VERGER P. Éducation thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile Opinions et pratiques des médecins généralistes libéraux dans cinq régions françaises. DREES. 2011 Fév;(n°753). 8 p. ; p. 6-8
- [27] Afrite A, Chaleixb M, Com-Ruelle L, Valdelièvre H. L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients. IRDES. 2009 Mars;(n°140). 8 p. ; p. 5
- [28] Paul O, Dabadie A, Gisolet G, Jean M-F. Rapport d'activité de la FNEHAD 2012-2013. Dax: FNEHAD; 2013 Juillet. 90 p., p. 30
- [29] Livre Blanc des Systèmes d'Information en Hospitalisation à Domicile. FNEHAD; Juin 2009, 143 p. ; p. 57 - 58.
- [30] Le circuit du médicament et des dispositifs médicaux en HAD - Guide Pratique. UNEMH; Juillet 2009. 42 p. ; p. 25 – 26.
- [31] Le circuit du médicament et des dispositifs médicaux en HAD - Guide Pratique. UNEMH; Juillet 2009. 42 p. ; p. 29.
- [32] Le circuit du médicament et des dispositifs médicaux en HAD - Guide Pratique. UNEMH; Juillet 2009. 42 p.; p. 13 - 14.
- [33] Convention de Partenariat entre l'Hôpital à Domicile et les Pharmaciens d'Officine. Hôpital A Domicile 35. 14 p.; p. 9

- [34] Liste des Centres régionaux de pharmacovigilance [Internet]. ANSM. [consulté le 17 Avril 2014]. Disponible: [http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacovigilance/Centres-regionaux-de-pharmacovigilance/\(offset\)/4](http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacovigilance/Centres-regionaux-de-pharmacovigilance/(offset)/4)
- [35] Déclarer un effet indésirable : mode d'emploi [Internet]. ANSM. [consulté le 17 Avril 2014]. Disponible sur: [http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Comment-declarer-un-effet-indesirable/Declarer-un-effet-indesirable-mode-d-emploi/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Comment-declarer-un-effet-indesirable/Declarer-un-effet-indesirable-mode-d-emploi/(offset)/0)
- [36] HAS. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Haute Autorité de Santé; Juin 2009, 100 p. ; p. 57.
- [37] Le circuit du médicament et des dispositifs médicaux en HAD - Guide Pratique. UNEMH; Juillet 2009. 42 p. ; p. 22.
- [38] Bouygues D. HAD (Hospitalisation A domicile) et PUI (Pharmacie à Usage Intérieur): exemple de l'organisation de la mise en place du circuit du médicament pour le service HAD orienté réadaptation GCS-HAD/SYNERGIE. Pharmacie Lille 2; 2009.
- [39] Entretien avec le titulaire d'une pharmacie rurale dans le Pas-de-Calais (62). 11 Octobre 2013.
- [40] Entretien avec le titulaire d'une pharmacie semi-rurale dans le Pas-de-Calais (62). 3 Septembre 2013.
- [41] Entretien avec le titulaire d'une pharmacie de quartier dans le Nord (59). 4 Juillet 2013.
- [42] Indicateurs de qualité et de sécurité des soins généralisés au secteur de l'Hospitalisation à domicile Campagne 2010. HAS; Déc 2011. 44 p. ; p. 14.
- [43] Bouquigny C. HAD, Un Modèle de Coopération. Le Moniteur des Pharmacies. 26 Février 2011;(n°2870): p. 18 – 22.
- [44] Dalifard B, Le Franc B, Feldman D, Cante J-P, Anguill C. Sécuriser le circuit des produits de santé en HAD Pourquoi pas des smartphones ? Mars 2012; (545): 5 p.
- [45] Rioli M. Le pharmacien d'officine dans le parcours de soins - Synthèse de groupe de travail pharmaciens d'officines. Juillet 2009. p. 48 ; p. 12.

## ANNEXES :



### INDEX DE KARNOFSKY

Définition	%	Critères
Capable de mener une activité normale et de travailler ; pas besoin de soins particuliers	100	Normal ; pas de plaintes ; pas d'évidence de maladie
	90	Capable d'une activité normale ; signes ou symptômes mineurs en relation avec la maladie
	80	Activité normale avec effort ; signes ou symptômes de la maladie
Incapable de travailler ; capable de vivre à domicile et de subvenir à la plupart de ses besoins	70	Capacité de subvenir à ses besoins ; incapable d'avoir une activité normale et professionnelle active
	60	Requiert une assistance occasionnelle mais est capable de subvenir à la plupart de ses besoins
	50	Requiert une assistance et des soins médicaux fréquents
Incapable de subvenir à ses besoins ; requiert un équivalent de soins institutionnels ou hospitaliers	40	Invalide ; requiert des soins et une assistance importants
	30	Sévèrement invalide ; hospitalisation indiquée bien que le décès ne soit pas imminent
	20	Extrêmement malade ; hospitalisation nécessaire ; traitement actif de soutien nécessaire
	10	Mourant ; mort imminente
	0	Décédé

Karnofsky D. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. Columbia University Press, New-York 1949 :191-205

### Annexe 1 : Echelle de Karnofsky

## DÉCLARATION D'EFFET INDÉSIRABLE SUSCEPTIBLE D'ÊTRE DÛ À UN MÉDICAMENT OU PRODUIT MENTIONNÉ À L'ART. R.5121-150

Art. L 5121-20 et R 5121-150 à R 5121-196 du Code de la Santé publique

Les informations recueillies auront, dans le respect du secret médical, informatisées et communiquées au Centre régional de pharmacovigilance (CRPV) et à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (afssaps). Conformément aux articles 34 et 38 à 43 de la loi n° 78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le CRPV et l'afssaps veilleront à préserver la confidentialité des données mentionnées sur cette déclaration. Par ailleurs, le patient dispose d'un droit d'accès auprès du CRPV, lui permettant d'avoir connaissance de la totalité des informations saisies le concernant et de demander d'éventuelles données inexacts, incomplètes ou équivoques.

DÉCLARATION À ADRESSER AU  
CRPV

<p><b>Patient traité</b></p> <p>Nom (3 premières lettres) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Prénom (première lettre) <input type="text"/></p> <p>Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p> <p>Département de résidence <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Antécédents / Facteurs favorisants :</p>	<p>Date de naissance <input type="text"/></p> <p>ou Age <input type="text"/></p> <p>Poids <input type="text"/></p> <p>Taille <input type="text"/></p>	<p>S'il s'agit d'un nouveau-né, les produits ont été pris :</p> <p><input type="checkbox"/> par le nouveau-né</p> <p><input type="checkbox"/> lors de l'allaitement</p> <p><input type="checkbox"/> par la mère durant sa grossesse.</p> <p><input type="checkbox"/> Trimestre de grossesse : inscrite 1, 2, ou 3</p>	<p>Cachet ou Praticien déclarant</p> <p style="text-align: center;">ou</p> <p>du Médecin désigné par le patient</p>																																										
<p><b>Produits</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Nom</th> <th style="width: 15%;">Voie</th> <th style="width: 15%;">Posologie</th> <th style="width: 15%;">Début</th> <th style="width: 15%;">Fin</th> <th style="width: 20%;">Indication</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				Nom	Voie	Posologie	Début	Fin	Indication	1						2						3						4						5						6					
Nom	Voie	Posologie	Début	Fin	Indication																																								
1																																													
2																																													
3																																													
4																																													
5																																													
6																																													
<p>Un ou des produits ont-ils été arrêtés ?</p> <p>Sans information <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N° N° N° N° N° N°</p> <p>Disparition de la réaction après arrêt d'un ou des produits ?</p> <p>Sans information <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N° N° N° N° N° N°</p>				<p>Un ou des produits ont-ils été réintroduits ?</p> <p>Sans information <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N° N° N° N° N° N°</p> <p>Réapparition de la réaction après réintroduction ?</p> <p>Sans information <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N° N° N° N° N° N°</p>																																									
<p>En cas d'administration de : <b>médicament dérivé du sang</b> ▶ indiquer son N°</p>				<p>indiquer son N°</p>																																									
<p>Nom du prescripteur</p> <p>Service hospitalier dans lequel le produit a été administré</p>			<p>Numéro de lot du produit</p> <p>Pharmacie qui a délivré le produit</p>																																										
<p>En cas d'administration de : <b>produits sanguins labiles</b> ▶ préciser leur Dénomination, ainsi que leur Numéro de lot</p>																																													
<p><b>Effet</b></p> <p>Département de survenue <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Date de survenue <input type="text"/></p> <p>Durée de l'effet <input type="text"/></p> <p>Nature et description de l'effet : utiliser le cadre CI-APRES</p>	<p><b>Gravité</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation</p> <p><input type="checkbox"/> Incapacité ou invalidité permanente</p> <p><input type="checkbox"/> Mise en jeu du pronostic vital</p> <p><input type="checkbox"/> Décès</p>	<p><b>Evolution</b></p> <p><input type="checkbox"/> Guérison sans séquelle</p> <p><input type="checkbox"/> Décès d3 à l'effet</p> <p><input type="checkbox"/> Décès sans rapport avec l'effet</p> <p><input type="checkbox"/> Sujet non encore rétabli</p> <p><input type="checkbox"/> Guérison avec séquelles</p> <p><input type="checkbox"/> Décès auquel l'effet a pu contribuer</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnue</p>																																											

### Annexe 2 : Feuille CERFA de déclaration d'effet indésirable

**ENVOI PAR FAX :**

Si un **accusé de réception** ne vous est pas parvenu dans les 10 j, prière de confirmer le signalement par ENVOI POSTAL AVEC A.R.



**SIGNALEMENT  
D'UN  
INCIDENT ou  
RISQUE D'INCIDENT**

Code de la Santé publique : articles L. 5212-2,  
R. 5212-14 à 16

Cadre réservé à l'ANSM

Numéro  
Attributaire  
Sous-commission  
Date d'attribution

Date d'envoi du signalement

<b>L'émetteur du signalement</b>		<b>Le dispositif médical impliqué (DM)</b>	
Nom, prénom		Dénomination commune du DM	
Qualité		Dénomination commerciale: modèle/ type/ référence	
Adresse professionnelle		N° de série ou de lot	Version logicielle
code postal / commune		Nom et adresse du fournisseur	
E-mail		code postal / commune	
Téléphone	Fax	Nom et adresse du fabricant	
<input type="checkbox"/> Etablissement de santé : N° FINESS <input type="checkbox"/> Association distribuant DM à domicile		code postal / commune	
<input type="checkbox"/> Fabricant / Fournisseur <input type="checkbox"/> Autre			
L'émetteur du signalement est-il le correspondant matériovigilance ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>L'incident ou le risque d'incident</b>			
Date de survenue	Lieu de survenue	Conséquences cliniques constatées	
Si nécessaire : nom, qualité, téléphone, fax de l'utilisateur à contacter			
Circonstances de survenue / Description des faits		Mesures conservatoires et actions entreprises	
<p>Le cas échéant joindre une description plus complète sur papier libre. Préciser alors le nombre de pages jointes,</p> <input type="text"/> <p>et appeler le nom de l'émetteur sur chaque page.</p>			
Situation de signalement (de A à N) <input type="text"/> voir nomenclature page 2/2		Le fabricant ou fournisseur est-il informé de l'incident ou risque d'incident ?	
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès de l'organisme destinataire du formulaire (l'ANSM).

**Annexe 3 : Feuille de déclaration de matériovigilance.**



Lancette et auto-piqueur à barillet



Aiguille à stylo



Aiguille seule



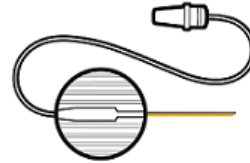
Micro-perfuseur



Set de transfert, adaptateur flacon, aiguille de transfert, mix 2 vial



Cathéter



Cathéter tout en un type MIO



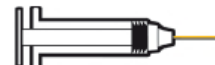
Stylo avec aiguille serbie ou aiguille rétractable



Seringue avec aiguille solidaire



Seringue type IMIJECT



**Annexe 4 : DASRI type OPTC – DASTRI.fr**

## DASTRI, L'ÉCO-ORGANISME AGRÉÉ PAR LES POUVOIRS PUBLICS POUR GÉRER LES DASRI<sup>1</sup> PERFORANTS DES PATIENTS EN AUTO-TRAITEMENT



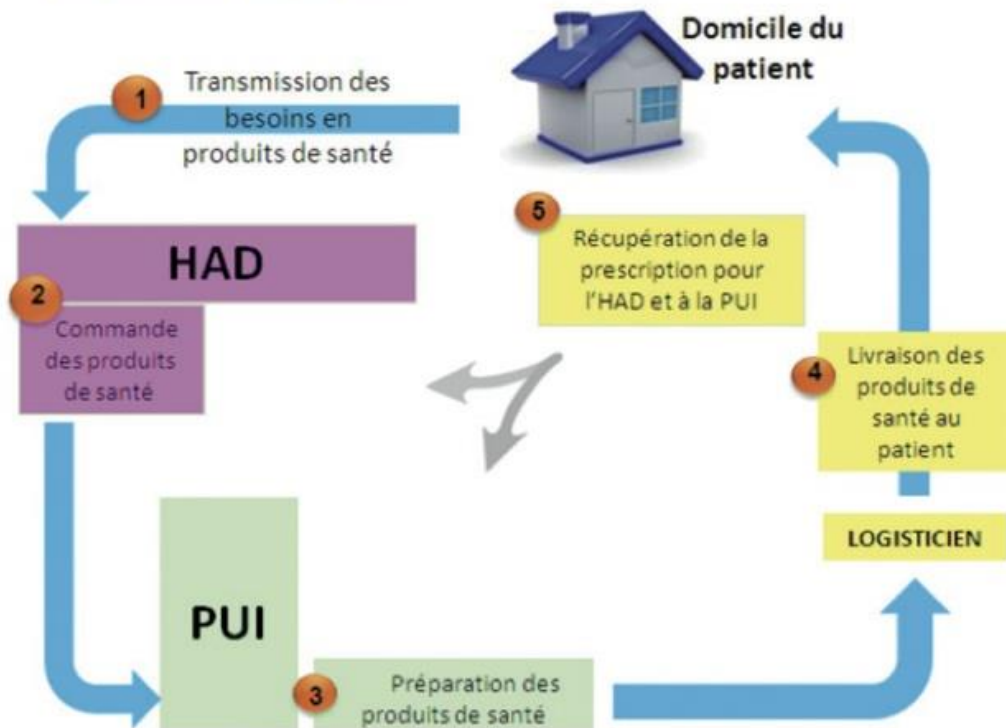
[www.dastri.fr](http://www.dastri.fr)



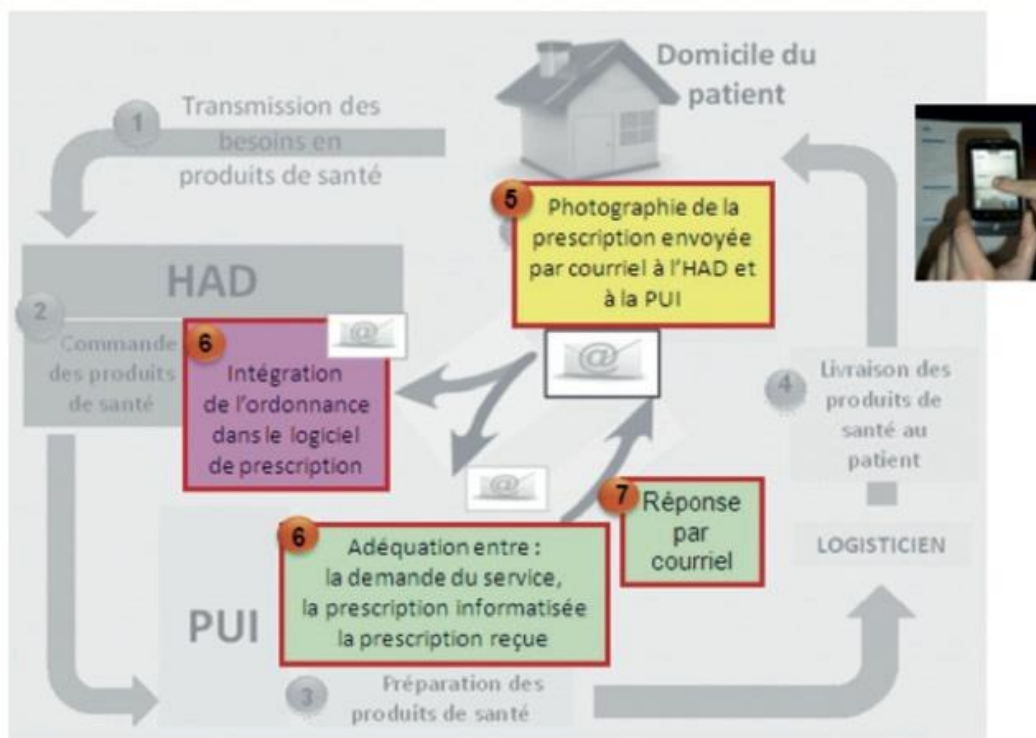
Pour trouver le point de collecte le plus proche :  
[nous-collectons.dastri.fr](http://nous-collectons.dastri.fr)

### Annexe 5 : Circuit de récupération des DASRI – DASTRI.fr

>> **Circuit des produits de santé de la PUI au domicile du patient - Figure 1**



>> **Intégration d'un système communication de l'information médicale à notre circuit de dispensation - Figure 2**



**Annexe 6 : Circuit des produits de santé en HAD - CH de La Rochelle**



# Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille



Université Lille 2  
Droit et Santé

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX  
☎ 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64  
<http://pharmacie.univ-lille2.fr/>

## DECISION D'AUTORISATION DE SOUTENANCE

Nom et Prénom de l'étudiant : ..... LEHOUX ..... Quentin .....

Date, heure et lieu de soutenance :

Le 15 09 2014 à 17 h. 30 Amphithéâtre ou salle : Allier

Avis du conseiller de thèse:

Nom : ..... DECAUDAIN .....

Prénom : ..... Bertrand .....

favorable

défavorable

Motif de l'avis défavorable : .....

Date : 16/7/14

Signature:

Avis du Président de Jury

Nom : ..... O. Dau .....

Prénom : ..... Jascal .....

favorable

défavorable

Motif de l'avis défavorable : .....

Date : 16/7/14

Signature:

Décision de Monsieur le Doyen:

favorable

défavorable



Le Doyen

L. DUBREUIL

NB : La faculté n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses, qui doivent être regardées comme propres à leurs auteurs.

NA/SF 2012

FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES  
DE LILLE  
**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**  
Année Universitaire 2013/2014

**Nom** : Lehoux  
**Prénom** : Quentin

**Titre de la thèse** : Le Rôle du Pharmacien d'Officine dans la prise en charge en Hospitalisation à domicile : une perspective ?

---

**Mots-clés** : Bonnes Pratiques – Certification – Coordination – Education Thérapeutique – Entretiens – Formation – Historique – Hospitalisation à Domicile – Initiatives – Législation – Officine – Perspectives – Pharmacie à Usage Intérieur – Rôle du pharmacien – Pharmacien – Préparation des Doses à Administrer – Pratiques Exigibles Prioritaires – Pratique officinale – Suivi Pharmaceutique Personnalisé – Télémédecine

---

**Résumé** : Détermination et explication du rôle de pharmacien d'officine dans une prise en charge en HAD au travers d'entretiens de titulaires d'officine et perspectives de développement du métier dans ce cadre.

La médecine ambulatoire est un secteur d'avenir et l'HAD en fait partie. Toujours en plein développement et en quête de perfectionnement, ce type d'hospitalisation pourra devenir un moyen de prise en charge indispensable dans les années à venir.

Au final, l'HAD semble être idéale tant elle est bénéfique pour le patient et apporte une solution économique rationnelle au problème du déficit de la sécurité sociale. Cependant il reste encore beaucoup à faire. Dans tout cela le pharmacien d'officine y a sa place, mais il doit continuer de s'investir activement et améliorer ses démarches.

La pharmacie d'officine doit continuer d'évoluer avec son époque pour préserver la profession

---

**Membres du jury** :

**Président** : M. ODOU Pascal, Professeur des Universités  
et Praticien Hospitalier

**Assesseur** : M. DECAUDIN Bertrand, Professeur des Universités et  
Praticien Hospitalier

**Membre extérieur** : M. ALLAN Frédéric, Pharmacien d'Officine et  
Titulaire