

2021-2022

Thèse
pour le
Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

**Prise en charge du patient en
hospitalisation à domicile par le
pharmacien d'officine**

Enquête qualitative auprès des patients de
l'hospitalisation à domicile Mauges Bocage Choletais

ONILLON Justine

Née le 10 décembre 1996 à CHOLET

Sous la direction de Pr. Faure Sébastien

Membres du jury

Pr. Duval Olivier | Président

Pr. Faure Sébastien | Directeur

M. Fonteneau Jean-Claude | Membre

M^{me} Duval Claire | Membre

Soutenue publiquement le :

31 mars 2022



**FACULTÉ
DE SANTÉ**
UNIVERSITÉ D'ANGERS

2021-2022

Thèse
pour le
Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

**Prise en charge du patient en
hospitalisation à domicile par le
pharmacien d'officine**

Enquête qualitative auprès des patients de
l'hospitalisation à domicile Mauges Bocage Choletais

ONILLON Justine

Née le 10 décembre 1996 à CHOLET

Sous la direction de Pr. Faure Sébastien

Membres du jury

Pr. Duval Olivier | Président

Pr. Faure Sébastien | Directeur

M. Fonteneau Jean-Claude | Membre

M^{me} Duval Claire | Membre

Soutenue publiquement le :

31 mars 2022

L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :

- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.



Consulter la licence creative commons complète en français :

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr/>

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussignée **Justine ONILLON** déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par l'étudiante le **14 / 03 / 2022**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Justine Onillon". The signature is fluid and cursive, with a large, stylized 'J' at the beginning.

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :

Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	Gynécologie-obstétrique	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine

D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLA Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
GUITTON Christophe	Médecine intensive-réanimation	Médecine
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine

LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Médecine d'urgence	Médecine

SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie viscérale et digestive	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	Physiologie Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTROT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
GUELFF Jessica	Médecine Générale	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HERIVAX Anaïs	Biotechnologie	Pharmacie

HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Radiopharmacie	Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
POIROUX Laurent	Sciences infirmières	Médecine

PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	Pédopsychiatrie ; addictologie	Médecine
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Thérapeutique	Education Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine
PAST		
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Monsieur Faure Sébastien, pour avoir accepté de diriger cette thèse. Je vous remercie d'avoir été réactif, disponible et de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail.

A Monsieur Duval Olivier, pour me faire l'honneur de présider cette thèse. Je vous remercie également pour le stage de 5^{ème} année, très instructif, effectué à vos côtés.

A Monsieur Fonteneau Jean-Claude, pour avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Vous m'avez apporté la motivation, et donné l'envie de faire ce métier. Merci pour vos précieux conseils et votre accompagnement.

A Madame Duval Claire, pour faire partie de ce jury et de m'avoir bien accueillie au sein de l'établissement d'HAD Mauges Bocage Choletais.

Aux enseignants de la faculté de pharmacie d'Angers,

A Madame Pech, Monsieur Faure, et à tous les enseignants, pour m'avoir transmis votre savoir. Vos enseignements de qualité m'ont permis de développer mes connaissances durant toutes ces années d'étude.

Aux équipes officinales,

A Madame Hélène Viault, Emilie et Mathieu Barnault, Émeline, Florence, Philippe et Colette, pour ces étés et samedis passés à vos côtés.

A l'équipe de la pharmacie Fonteneau, Bérengère, Brigitte, Caroline, Céline, Krystelle, Martine et sa nougatine, pour m'avoir motivée dans la réalisation de cette thèse et m'avoir appris autant durant mon stage de 6^{ème} année. Merci de m'avoir accordé de votre temps, c'est un plaisir de travailler avec vous.

REMERCIEMENTS

A l'hospitalisation à domicile Mauges Bocage Choletais,

A Madame Brochard, Madame Duchon ainsi que les patients de l'HAD Mauges Bocage Choletais pour m'avoir renseignée et aidée à l'élaboration de cette thèse.

A mes amis,

A mes amies de la faculté, Camille, Laura, Alina, Anna, Lucie, Alexia, Elsa, pour ces six années passées ensemble. On se revoit bientôt. Belle carrière à vous.

A Audrey, binôme de choc, tu m'as toujours entraînée vers le haut et poussée à me surpasser. Ton grain de folie et ta bonne humeur animent nos retrouvailles. Je te remercie sincèrement.

A mes amis d'enfance et de lycée, Alyssa, Thelma, Émeline, Angeline, Ludivine, Louise, Cécile, Marion et Alban. Merci d'être présents en toute circonsistance, vous êtes de loin les meilleurs.

A Mélissandre, pour être ma meilleure amie depuis 25 ans et ma meilleure infirmière. Depuis mes 6 ans, je te disais que je voulais être pharmacienne, c'est chose faite. Tu m'as donné la force d'y arriver.

A Sidonie, Maurice, Priskilla, Alexis, Justine, Thomas, Valentin, Quentin, Manu, Flavie, Julie, Bastien, Maxime, Mathieu, Fanny, merci pour les soirées passées en votre compagnie, vous êtes géniaux.

REMERCIEMENTS

A ma famille,

A mes frères Damien et Clément, ma sœur Vanessa, mes neveux et nièces Louna, Lola, Manoa et Levy qui me rendent un peu plus forte chaque jour.

A ma famille, ma belle-famille, c'est un plaisir de vous retrouver. Je porte une attention particulière à toi, Sylvaine, marraine en or, je te serai toujours reconnaissante.

A mes parents, qui m'ont toujours suivie et encouragée tout au long de ma scolarité. Merci de m'avoir permis d'être devenue la personne que je suis, c'est grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui. Vous m'avez appris les valeurs de la vie et du travail. Vous avez toute mon admiration. Maman, tu as toujours été aux petits soins pendant ces six années. Papa, qui me demandait toujours la date à laquelle je finirai mes études... Et bien, la voilà ! Tu ne me connaîtras pas pharmacien mais je sais que de là-haut, tu es fier et que tu veilles sur moi. Je vous remercie du fond du cœur, je vous aime.

A Yoann, merci d'être entré dans ma vie et de m'avoir supportée pendant toute ma scolarité. Je te remercie pour ton amour incommensurable, ta patience, ton soutien et tout ce que tu m'apportes au quotidien.

A tous ceux que je n'ai pas cité.

Plan

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

TABLE DES FIGURES

TABLE DES TABLEAUX

TABLE DES ANNEXES

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

- 1. L'hospitalisation à domicile**
- 2. HAD Mauges Bocage Choletais**
- 3. HAD et pharmacie**
- 4. Le déploiement à l'officine**

MATERIELS ET METHODES

- 1. L'entretien**
- 2. Échantillon**
- 3. Déroulement**
- 4. Recueil de données et retranscription des entretiens**
- 5. Analyse des données**

RESULTATS

- 1. Caractéristiques de l'échantillon**
- 2. Résultats de l'enquête**

DISCUSSION

- 1. Synthèse et analyse des résultats**
- 2. Comparaison avec les données de la littérature**
- 3. Forces et faiblesses de l'enquête**

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE 1 : ALGORITHME SYNTHETIQUE D'AIDE A LA DECISION SELON L'HAS (7)

ANNEXE 2 : ZONE D'INTERVENTION DE L'HAD MAUGES BOCAGE CHOLETAIS (19)

ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN

ANNEXE 4 : GRILLE CODEQ

Table des figures

Figure 1: Densité des capacités de prise en charge en HAD par département en 2019 (3)	5
---	---

Table des tableaux

Tableau 1 : Évolution du nombre d'HAD, de séjours complets, de patients et de la valorisation brute en fonction des années (3).....	3
Tableau 2 : Nombre de journées par mode de prise en charge principal en France (3)	4
Tableau 3 : Acteurs de la prise en charge médicamenteuse du patient en HAD selon l'HAS (18).....	12
Tableau 4 : Caractéristiques des patients participant à l'enquête	22

Table des annexes

Annexe 1 : Algorithme synthétique d'aide à la décision selon l'HAS (7).....	44
Annexe 2 : Zone d'intervention de l'HAD Mauges Bocage Choletais (19)	45
Annexe 3 : Guide d'entretien.....	46
Annexe 4 : Grille CODEQ	48

Liste des abréviations

ADOP-HAD	Aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile
COREQ	COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
CSP	Code de la Santé Publique
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FICHCOMP	Fichier complémentaire
FNEHAD	Fédération nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile
FSPF	Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IQSS	Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins
MBC	Mauges Bocage Choletais
MEOPA	Mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote
OMS	Organisation mondiale de la santé
PUI	Pharmacie à usage intérieur
T2A	Tarification à l'activité
USPO	Union des syndicats de pharmaciens d'officine

Résumé

Introduction : Depuis plusieurs années, le nombre de patients pris en charge en hospitalisation à domicile (HAD) est en constante augmentation avec plus de 150 000 patients en 2020, en France. Pour cela, l'HAD peut faire intervenir de multiples professionnels de santé dont le pharmacien. L'objectif de cette enquête est de déterminer les besoins des patients de l'HAD Mauges Bocage Choletais (HAD MBC) vis-à-vis de leur pharmacien d'officine et d'en dégager les pistes d'amélioration.

Matériel et méthodes : La méthodologie choisie est une enquête qualitative auprès de onze patients pris en charge par l'HAD MBC, réalisée sous la forme d'entretiens semi-dirigés. Cinq questions ouvertes ont été posées lors de ces entretiens au domicile du patient.

Résultats : Sept patients ont répondu à ces entretiens. La totalité des patients étaient globalement satisfaits de leur prise en charge par le pharmacien d'officine. Le rôle du pharmacien au sein de l'HAD est globalement connu. Cependant, le pharmacien ne propose pas tous les services possibles. La proximité, la réactivité et l'empathie sont les attentes des patients envers le pharmacien. En revanche, des points ont été soulevés, tels que le manque d'informations concernant le traitement, le manque de communication entre les professionnels et le changement trop fréquent du personnel lors des livraisons au domicile des patients.

Conclusion : Tous les besoins sont pris en compte selon les participants de l'enquête. Cependant, des pistes d'amélioration peuvent être proposées comme la consultation d'un logiciel informatisé communiquant entre la structure d'HAD et le pharmacien et la mise en place d'entretiens au domicile des patients pour expliquer les traitements. Les membres de l'établissement d'HAD peuvent également faire un point avec les pharmaciens pour leur rappeler qu'ils doivent gérer le stock de médicaments et se rendre de façon hebdomadaire chez le patient pour assurer leurs missions. Cette enquête a donc permis de prendre connaissance des attentes des patients en hospitalisation à domicile vis-à-vis de leur pharmacien d'officine et d'en dégager les pistes d'amélioration dans l'intérêt du patient.

Introduction

Inspirée du Docteur Bluestone, l'hospitalisation à domicile est une avancée qui permet aux patients de bénéficier des soins hospitaliers tout en conservant le confort de la maison (1). Depuis le début de l'HAD, le nombre de patients pris en charge chaque année ne cesse de croître. En effet, l'HAD a montré une hausse du nombre de journées de 10% en 2020 par rapport à l'année précédente notamment en prenant en charge les patients atteints de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (2). Grâce à l'augmentation du nombre de places disponibles dans les établissements d'HAD, plus de 150 000 patients ont été pris en charge en HAD, en France, en 2020 (3). Suite d'hospitalisation, traitements ambulatoires, pansements complexes, surveillances post-chimiothérapie, l'HAD intervient dans de multiples soins et prend en charge des patients de tout âge (4). Or, pour satisfaire les besoins de ces patients, un grand nombre de professionnels de santé doivent coopérer et être à l'écoute du patient. Il s'agit notamment des membres de l'établissement d'HAD, médecins, infirmiers, aides-soignants, ergothérapeutes, kinésithérapeutes mais aussi les pharmaciens.

Par ses compétences et ses connaissances, le pharmacien est le professionnel de santé de référence en matière de médicaments, garant du bon usage et de la sécurité du médicament (5). Il s'agit d'un professionnel disponible, avec lequel les patients établissent une relation de confiance. Lors de la réalisation du stage de fin d'étude, en officine, réalisé à la pharmacie Fonteneau à Trémentines, dans le Maine-et-Loire, j'ai pu découvrir la prise en charge du patient au sein de l'HAD MBC ainsi que ses principes et constater qu'en dehors des murs de l'officine, le métier de pharmacien perdure.

Cependant, face à l'augmentation des patients pris en charge en HAD, le pharmacien doit accorder de plus en plus de son temps pour répondre aux besoins de ces patients malgré une activité soutenue au sein de l'officine. Il paraît donc pertinent de connaître les besoins et d'évaluer ce service rendu aux patients de l'HAD MBC par une enquête qualitative, notamment en mettant en place des entretiens au domicile.

La première partie de cette thèse s'intéresse aux généralités de l'HAD : fondements de l'HAD, définition et caractéristiques. Puis, une présentation des entretiens effectués ainsi

qu'une analyse sont faites afin de connaître les besoins du patient en HAD et de savoir si ces besoins sont pris en compte. Enfin, une discussion mène aux pistes d'amélioration pouvant être apportées.

Ainsi, l'objectif principal de cette étude est de déterminer les besoins du patient en HAD vis-à-vis de sa prise en charge par le pharmacien d'officine. L'objectif secondaire est de dégager les pistes d'amélioration de cette prise en charge.

1. L'hospitalisation à domicile

1.1. Définition

Selon le Code de la Santé Public (CSP), « l'hospitalisation à domicile concerne des malades atteints de pathologies graves aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé. L'HAD a pour objectif d'améliorer le confort du patient dans de bonnes conditions de soins. Elle permet d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en services de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation, lorsque de la prise en charge à domicile est possible (circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 – article R6121-4-1 du Code de la santé publique) » (6).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « les soins dispensés en HAD peuvent être de nature médicale et paramédicale et sont mis en place sur une période limitée mais réversible en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient » (7).

Cette prise en charge du patient à son domicile permet au patient de recevoir des soins lourds et techniques, après avoir rempli certaines conditions pour y entrer. Ces établissements misent sur l'importance de la pluridisciplinarité, de la sécurité et de la qualité des soins prodigués, qui, sont ceux effectués en milieu hospitalier. Contrairement à l'hospitalisation conventionnelle, il s'agit d'un établissement sans hébergement, c'est-à-dire que les patients sont à leur domicile ou dans un établissement social ou médico-social.

L'HAD prend en charge des patients de tout âge, des nouveau-nés aux personnes âgées. Selon la Fédération Nationale des Établissements d'HAD (FNEHAD), la moyenne des patients admis s'élève à 63,4 ans, en 2020 (3).

Chaque année, de plus en plus de patients bénéficient de cette hospitalisation. Par exemple en 2020, le nombre de patients pris en charge a augmenté de 20% comparativement à 2019 (tableau 1).

Tableau 1 : Évolution du nombre d'HAD, de séjours complets, de patients et de la valorisation brute en fonction des années (3)

Année	Nombre HAD	Évol. en %	Nombre Journées	Évol. en %	Nombre séjours complets	Évol. en %	Nombre patients	Évol. en %	Valorisation brute en euros	Évol. en %
2005	123		1 505 814		63 666		35 017		285 071 409	
2006	166		1 948 210	29,4 %	80 980	27,2 %	46 022	31,4 %	385 979 339	35,4 %
2007	204	22,9 %	2 379 364	22,1 %	95 100	17,4 %	56 287	22,3 %	474 842 806	23,0 %
2008	231	13,2 %	2 777 900	16,7 %	112 591	18,4 %	71 743	27,5 %	546 062 339	15,0 %
2009	271	17,3 %	3 298 104	18,7 %	129 748	15,2 %	86 674	20,8 %	652 368 093	19,5 %
2010	292	7,7 %	3 629 777	10,1 %	142 859	10,1 %	97 624	12,6 %	714 045 440	9,5 %
2011	302	3,4 %	3 901 637	7,5 %	149 196	4,4 %	100 100	2,5 %	771 218 660	8,0 %
2012	317	5,0 %	4 207 177	7,8 %	156 318	4,8 %	104 960	4,9 %	825 049 082	7,0 %
2013	311	-1,9 %	4 366 656	3,8 %	156 638	0,2 %	105 144	0,2 %	859 148 360	4,1 %
2014	309	-0,6 %	4 439 494	1,7 %	156 284	-0,2 %	106 205	1,0 %	873 806 744	1,7 %
2015	308	-0,3 %	4 629 254	4,3 %	160 793	2,9 %	105 309	-0,8 %	913 385 275	4,5 %
2016	303	-1,6 %	4 877 563	5,4 %	174 372	8,4 %	109 866	4,3 %	966 646 631	5,8 %
2017	291	-4,0 %	5 167 142	5,9 %	185 474	6,4 %	115 778	5,4 %	1 031 694 798	6,7 %
2018	288	-1,0 %	5 570 659	7,8 %	198 775	7,2 %	122 225	5,6 %	1 134 134 763	9,9 %
2019	289	0,3 %	5 971 544	7,2 %	206 626	3,9 %	128 227	4,9 %	1 216 802 970	7,3 %
2020	286	-1,0 %	6 618 204	10,8 %	239 163	15,7 %	153 645	19,8 %	1 408 852 379	15,8 %

(Source PMSI – calculs FNEHAD)

Une liste des modes de prise en charge a été établie pour conditionner l'entrée du patient en HAD cités dans le tableau 2 (8). Il s'agit de la raison pour laquelle le patient entre en HAD. Dans ces modes de prises en charge, les patients en soins palliatifs ainsi que les patients recevant des soins de pansements complexes sont majoritaires. Ils représentent à eux deux, plus de la moitié des patients pris en charge en HAD, en 2020 et en France.

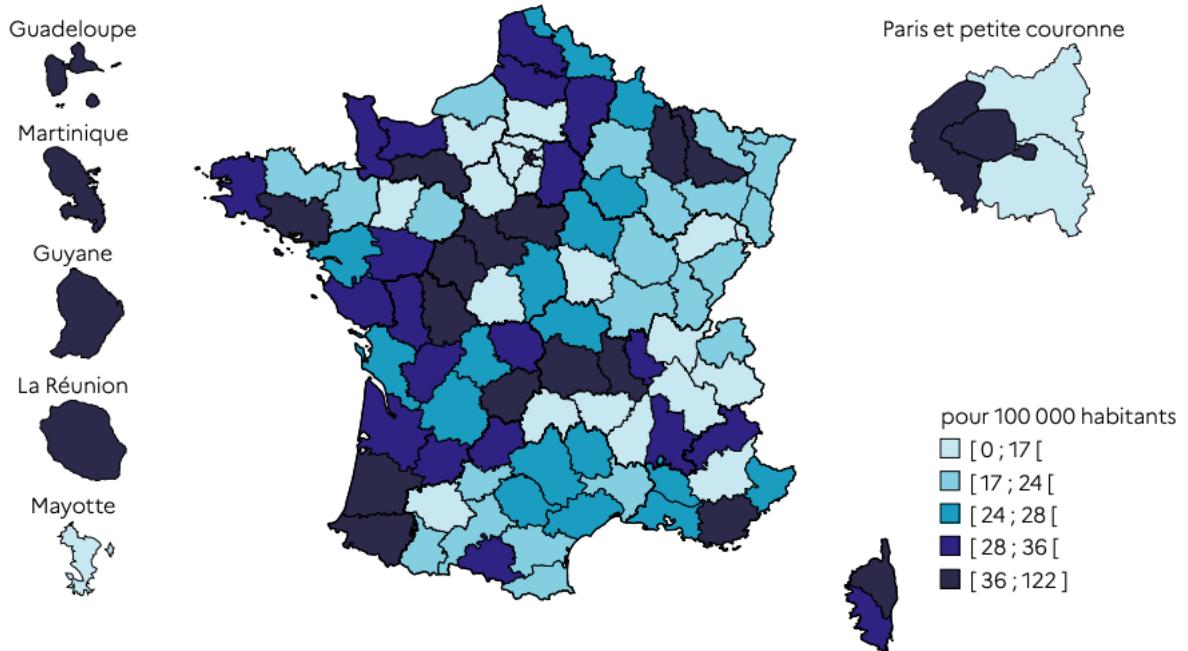
Tableau 2 : Nombre de journées par mode de prise en charge principal en France (3)

MPP	Libellé	2019		2020		2019/2020 Évolution
		Nb Journées	%	Nb Journées	%	
01	Assistance respiratoire	119 499	2,0 %	131 877	2,0 %	+10,4 %
02	Nutrition parentérale	130 632	2,2 %	131 844	2,0 %	+0,9 %
03	TraITEMENT intraveineux	337 035	5,7 %	390 609	5,9 %	+15,9 %
04	Soins palliatifs	1 510 423	25,4 %	1 786 520	27,1 %	+18,3 %
05	Chimiothérapie anticancéreuse	134 394	2,3 %	161 159	2,4 %	+19,9 %
06	Nutrition entérale	376 972	6,3 %	370 781	5,6 %	-1,6 %
07	Prise en charge de la douleur	207 927	3,5 %	259 442	3,9 %	+24,8 %
08	Autres traITEMENTS	157 347	2,6 %	359 162	5,4 %	+128,3 %
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1 668 697	28,1 %	1 639 095	24,8 %	-1,8 %
10	Post-traitement chirurgical	123 392	2,1 %	139 151	2,1 %	+12,8 %
11	Rééducation orthopédique	55 857	0,9 %	64 703	1,0 %	+15,8 %
12	Rééducation neurologique	69 115	1,2 %	85 106	1,3 %	+23,1 %
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse	243 560	4,1 %	248 419	3,8 %	+2,0 %
14	Soins de nursing lourds	505 571	8,5 %	535 293	8,1 %	+5,9 %
15	Éducation du patient et/ou de son entourage	86 648	1,5 %	83 290	1,3 %	-3,9 %
17	Surveillance de radiothérapie	4 502	0,1 %	4 621	0,1 %	+2,6 %
18	Transfusion sanguine	788	0,0 %	2 468	0,0 %	+213,2 %
19	Surveillance de grossesse à risque	117 488	2,0 %	114 074	1,7 %	-2,9 %
21	Post-partum pathologique	56 503	1,0 %	58 389	0,9 %	+3,3 %
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	24 169	0,4 %	28 726	0,4 %	+18,9 %
24	Surveillance d'aplasie	8 189	0,1 %	6 499	0,1 %	-20,6 %
29	Sortie précoce de chirurgie	3 108	0,1 %	2 120	0,0 %	-31,8 %
Total		5 941 816		6 603 348		+11,1 %

(Source PMSI – calculs FNEHAD)

Selon les chiffres de la FNEHAD, en 2020, la France comptabilise 286 établissements d'HAD. La densité des capacités de prise en charge (nombre de patient pris en charge par l'HAD par jour et pour 100 000 habitants) s'élève à 27,1 patients pour 100 000 habitants en moyenne. D'après la figure 1, une disparité de la répartition des établissements d'HAD est constatée sur le territoire. En effet, la capacité de prise en charge des patients est plutôt faible dans l'est de la France (faible densité) contrairement à certains départements d'outre-mer (la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane et la Réunion) qui affichent une densité supérieure à la moyenne nationale.

Dans la région des Pays de la Loire, on comptabilise dix établissements d'HAD. Cinq d'entre eux couvrent le Maine-et-Loire où la densité est au-dessus de la moyenne nationale, avec la possibilité de prendre en charge 31,3 patients par jour pour 100 000 habitants (3,9).



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles. Les capacités de prise en charge sont représentées par le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2019, traitements DREES ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019.

Figure 1: Densité des capacités de prise en charge en HAD par département en 2019 (3)

Concernant la prise en charge financière d'un séjour en HAD, les règlements des frais d'hospitalisation se font par la caisse primaire, à hauteur de 80% (100% si le patient possède une affection de longue durée), et par la complémentaire santé, à hauteur de 20%. Durant le séjour, la carte vitale ne doit pas être utilisée, puisque la rémunération se fait comme l'hospitalisation conventionnelle, c'est-à-dire, sur la base de la tarification à l'activité (T2A). Le patient est exonéré du forfait hospitalier puisqu'il est hospitalisé à son domicile et n'a donc pas de frais d'hébergement (10). Certains médicaments onéreux ne rentrent pas dans ce mode de financement, inscrits dans un fichier complémentaire (FICHCOMP) « médicaments coûteux hors liste en sus et hors autorisation temporaire d'utilisation » transmis par les établissements (11). Une journée d'hospitalisation à domicile a un coût moyen de 212,9 euros, soit quatre fois inférieur au coût d'une journée en hôpital conventionnel, il s'agit d'un des avantages de l'HAD (3). Cependant, le coût peut varier en fonction des modes de prise en charge, des traitements ou de la complexité des soins.

1.2. Historique et réglementation

Né aux États-Unis en 1945, l'« Home care », ancêtre de l'HAD, est mis en place par le Docteur Bluestone, face à une surpopulation de patient dans l'hôpital de Montefiore à New York. Le principe est de prodiguer des soins aux patients sortis de l'hôpital, à leur domicile. Cette pratique est arrivée en France en 1957 après l'implantation d'un premier établissement d'HAD adossé aux hôpitaux Tenon et Saint-Louis de Paris (1).

C'est en 1961 qu'a lieu la première convention entre les deux structures d'HAD existantes et la caisse primaire d'assurance maladie.

Officiellement reconnus en 1970 par la loi hospitalière du 31 décembre, « les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant » (article 4), elle est caractérisée comme un prolongement du service hospitalier (12). À partir de cette date et jusqu'en 1980, le nombre de structures d'HAD est multiplié par 3,5 (13,(14).

En 1991, l'HAD est reconnue comme une alternative à l'hospitalisation à part entière (loi hospitalière du 31 juillet 1991 n°91-748). Jusqu'en 1992, seul le médecin hospitalier pouvait décider de l'hospitalisation à domicile du patient. Depuis cette date, le médecin traitant peut également prendre cette décision. C'est dans les années 2000 que l'HAD connaît un essor, notamment à partir de 2003 où les HAD sont prises en compte dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Dès 2007, les établissements d'HAD sont autorisés à prendre en charge les patients en EHPAD.

La loi concernant la réforme de l'Hôpital, relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) a permis de définir l'HAD comme une hospitalisation à part entière et non pas comme une simple alternative. Les structures d'HAD deviennent donc des établissements de santé qui se différencient en plusieurs types : les établissements exerçant dans le secteur public ou dans le secteur privé. Dans le secteur privé, l'établissement d'HAD peut être à but lucratif ou non lucratif. Il peut également être adossé à un hôpital ou non (7,9).

1.3. Conditions d'entrée en HAD

Pour entrer en HAD, plusieurs conditions doivent être réunies. Tout d'abord, le patient doit se munir d'une prescription médicale effectuée par un médecin hospitalier ou par le médecin traitant, qui s'assure de l'éligibilité du patient. Dans tous les cas, l'accord du médecin traitant est nécessaire puisqu'il est sollicité lors du séjour en HAD du patient, notamment pour effectuer des prescriptions médicales.

Une évaluation médicale, paramédicale et sociale est aussi nécessaire pour l'hospitalisation du patient au domicile. La visite de l'infirmière coordinatrice et de l'assistante sociale est effectuée au domicile pour évaluer l'état clinique du patient mais également les possibilités ou non de pratiquer les soins à domicile. Il faut que le patient (ou l'aide) ait la capacité d'alerter l'HAD si nécessaire. Si le patient a besoin d'une surveillance à son chevet, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (comparables aux soins intensifs), l'HAD ne lui sera pas indiquée.

Les patients sont admis en HAD si ces conditions sont réunies :

- L'état du patient est à risque d'aggravation ;
- Plusieurs hospitalisations avec hébergement se sont succédé ;
- Sa pathologie est complexe sur le plan médico psycho-social ;
- Le besoin de coordination d'une équipe pluridisciplinaire est important ;
- Il nécessite une continuité des soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 permettant à une infirmière d'aller au domicile dès que possible.

Seulement, des critères d'inclusion directs existent et permettent au patient d'être admis en HAD sur un seul de ces critères (non cumulatifs) :

- Administration de médicaments de la réserve hospitalière ;
- Soins hospitaliers qui doivent être prodigues (tels qu'une transfusion sanguine, un drainage pleural, une administration d'un mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote (MEOPA), ...) ;
- Parcours de soins qui évite une hospitalisation conventionnelle ou permettant au patient un retour plus rapide à son domicile ;

- Fréquence d'interventions ou temps d'interventions des professionnels de santé élevés pour effectuer les soins quotidiens ou combinaisons de plusieurs types de soins (7).

Toutefois, il existe des situations particulières qui, après un échange entre le médecin et l'HAD, peuvent rendre éligible le patient à son hospitalisation à domicile sans avoir rempli les conditions précédemment citées.

Si le patient répond à ces critères, alors, il est éligible à une prise en charge en HAD (ANNEXE 1). C'est à ce moment que le médecin traitant donne son accord (si l'HAD est décidée par le médecin hospitalier). Le patient autorise le médecin à envoyer son dossier à l'HAD (proche du domicile du patient). L'infirmière de liaison recueille obligatoirement le consentement du patient sans lequel l'hospitalisation à domicile ne peut avoir lieu. Puis, elle évalue avec le médecin coordinateur la faisabilité du séjour et s'assure que la prise en charge soit conforme aux types de soins pris en charge. Un outil d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile est accessible sur le site internet de l HAS, nommé « aide à la décision d'orientation des patients en HAD » (ADOP-HAD). Enfin, le retour au domicile est organisé par l'infirmier de l'HAD.

En résumé, l'entrée en HAD est validée si les accords du patient, de l'infirmier coordinateur, du cadre de soins et du médecin traitant sont réunis.

1.4. Rôle et avantages de l'HAD

Le rôle de l'HAD est d'éviter, de retarder ou de réduire la durée d'hospitalisation avec hébergement d'un patient. Elle lui permet d'être à son domicile tout en bénéficiant des soins hospitaliers. Elle concerne aussi bien les particuliers que les patients en EHPAD.

L'équipe de l'HAD assure une permanence des soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. C'est-à-dire que le patient bénéficie du personnel médical à n'importe quel moment de la journée, en les contactant si besoin. Contrairement à l'hospitalisation conventionnelle, l'équipe n'est pas sur place en cas de besoin urgent, il faut qu'elle se déplace pour venir en aide au patient, ce qui peut nécessiter plus de temps. C'est pour cela que les patients ayant besoin d'une surveillance importante ne sont pas éligibles à l'hospitalisation à

domicile. De ce fait, la coopération entre les professionnels de santé est très importante pour maintenir la continuité des soins et améliorer la qualité de vie du patient à son domicile.

De plus, l'HAD a de multiples avantages. Le facteur psychologique joue un rôle important dans la guérison du patient ou dans la qualité de sa prise en charge. En étant à son domicile, aux côtés de ses proches, et avec ses repères, la qualité de vie du patient est optimisée. Il a un meilleur moral et vit plus facilement sa maladie. Le patient peut effectuer des actes de la vie quotidienne qui ne sont pas possibles lors de l'hospitalisation conventionnelle. Cependant, il ne peut pas sortir de chez lui sans l'autorisation de l'établissement d'HAD et, la présence de professionnels en permanence au domicile peut être perçue comme intrusif pour le patient.

1.5. Loi HPST

La loi HPST stipule que le pharmacien se doit d'accompagner le patient, et de contribuer aux soins de premier recours. Cette loi prend tout son sens dans la prise en charge du patient en HAD. En effet, selon l'article L. 1411-11 du CSP : « l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité...

Ces soins comprennent :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- L'éducation pour la santé.

Les professionnels de santé (...) concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux » (15).

Avec cette loi, le rôle du pharmacien s'élargit alors, et ses missions se multiplient pour améliorer la prise en charge globale du patient.

De plus, la notion de coopération, essentielle dans cette hospitalisation, est également introduite dans loi HPST (16). En renforçant le lien entre l'hôpital et la médecine de ville, cette loi vise à protéger l'appellation « hospitalisation à domicile » et reconnaît l'HAD comme une hospitalisation à part entière. C'est pour cela que la participation d'autres professionnels de santé est facilitée par un nouveau système de rémunération, commun à l'hôpital conventionnel : la rémunération à l'acte.

Enfin, le circuit du médicament est assoupli. Les établissements d'HAD qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur (PUI), peuvent se procurer les traitements à l'extérieur (hôpital, officine). Cependant, l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la prise en charge médicamenteuse comporte 17 articles et oblige les établissements de santé (notamment les établissements d'HAD) à s'assurer de la sécurisation du médicament. Cet arrêté fait partie intégrante de la loi HPST (17).

1.6. Professionnels impliqués

Pour coordonner les soins du patient en HAD, de nombreux professionnels sont mobilisés. Ils sont cités en fonction de leur importance (en nombre) dans les établissements d'HAD (3).

1.6.1. Infirmiers et aides-soignants

Ces professions assurent les soins quotidiens, les soins d'hygiène et de confort du patient et rapportent les événements survenus. Ils sont les témoins de l'état clinique du patient et font également appel à d'autres professions si besoin. L'infirmier doit tenir à jour le dossier du patient, il joue un rôle éducatif auprès du patient et des aidants.

L'infirmier coordinateur assure la coordination des soins en lien avec le médecin coordinateur. Il juge des conditions d'accueil et explique le service prodigué par l'HAD au patient.

1.6.2. Cadres de santé

Ils assurent la coordination de la gestion administrative et l'évaluation des soins (qualité et sécurité des soins). Ils garantissent la collaboration entre l'HAD et les intervenants libéraux, encadrent l'équipe de l'HAD, mettent en place des actions de communications

au sein des établissements de santé et assurent la continuité des soins du patient lors de sa sortie.

1.6.3. Médecins

Le médecin traitant assure le suivi médical et la prise en charge du patient, au minimum, de manière hebdomadaire. Il donne son accord pour l'hospitalisation à domicile du patient ainsi que pour sa sortie. Il est à l'origine de cette hospitalisation dans 42% des cas (3). Ses passages au domicile sont notés dans le dossier médical du patient.

Le médecin coordinateur est le référent de l'HAD, il autorise la prise en charge ou non du patient. Généralement, il ne prescrit pas, mais assure les relations entre les intervenants (libéraux ou hospitaliers) et l'exécution du protocole de soins.

Le médecin hospitalier est souvent à l'origine de la prescription de l'HAD quand le patient est dans un établissement avec hébergement tel que l'hospitalisation conventionnelle.

1.6.4. Pharmaciens

Qu'il soit salarié de l'HAD ou pharmacien d'officine, le pharmacien est le garant du bon usage et du circuit du médicament. Il veille à la qualité de ses actes qui correspondent à la gestion du stock, l'approvisionnement, la dispensation des médicaments ou dispositifs médicaux ainsi que la vigilance des produits dispensés. Il assure aussi la mise en place et le suivi du matériel médical, a un rôle éducatif, de conseils et de soutien auprès du patient. Il intervient de façon hebdomadaire.

Si l'HAD ne possède pas de PUI, le pharmacien salarié est un intermédiaire entre l'établissement d'HAD et le pharmacien d'officine mais également entre l'établissement de santé possédant la réserve hospitalière et l'établissement d'HAD. Il est impliqué dans la qualité, en ce qui concerne le circuit du médicament mais également la pharmacie clinique. Il apporte des conseils aux pharmaciens d'officine mais aussi aux autres professionnels de l'HAD comme dans les ordonnances prescrites par les médecins, ou dans la pratique des infirmiers en les formant sur les médicaments (stabilité, interactions, ...).

Selon l'HAS, le préparateur en pharmacie peut également intervenir dans la prise en charge médicamenteuse du patient en HAD (tableau 3).

Tableau 3 : Acteurs de la prise en charge médicamenteuse du patient en HAD selon l'HAS (18)

Prescripteur ³	Pharmacien	Préparateur en pharmacie	Infirmier (ères)	Aide-soignante(s)	Patient ⁴
<ul style="list-style-type: none"> ■ Prend une décision thérapeutique ■ Prescrit les médicaments selon la conformité à la réglementation, aux référentiels scientifiques actuels et de manière adaptée à l'état du patient ■ Finalise sa prescription par la rédaction d'une ordonnance, et enregistre sa prescription dans le dossier du patient ■ Informe le patient et s'assure de son consentement le cas échéant écrit ■ Évalue l'efficacité du traitement et sa bonne tolérance ■ Réévalue la balance bénéfices/risques <p>Médecin traitant hospitalier/ HAD coordonnateur En HAD, le médecin traitant est le référent de la prise en charge, et assure les prescriptions et leur renouvellement, en lien avec le médecin coordonnateur. Ce dernier pouvant se substituer au médecin traitant en cas d'urgence. D'autres prescripteurs peuvent également intervenir dans la PECM (spécialistes, sages-femmes, etc.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Analyse et valide la prescription ■ Emet une opinion en tant que de besoin ■ Prépare et fabrique les médicaments en tant que de besoin ■ Délivre les médicaments en s'assurant de la maîtrise des stocks ■ Assure la mise à disposition des informations nécessaires au professionnel de santé et au patient 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prépare et fabrique les médicaments sous le contrôle effectif du pharmacien ■ Délivre les médicaments sous contrôle effectif du pharmacien ■ Participe à la gestion des stocks 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vérifie la prescription ■ Prépare les doses à administrer extemporanément ■ Réassortit le stock ■ Vérifie la concordance entre la prescription, le médicament et le patient ■ Informe le patient et obtient son consentement et s'assure de la compréhension du patient ■ Administre les médicaments au patient ■ Enregistre l'acte d'administration ■ Suit les effets attendus et les réactions éventuelles 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aide à la prise sous la responsabilité de l'infirmier(ère) ■ Informe l'infirmier(ère) de toute modification d'état du patient ■ Participe au maintien de l'autonomie et à l'éducation du patient 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Informe les précédents acteurs de ses traitements habituels pour conciliation ■ Communique les renseignements relatifs à ses facteurs de risque et allergies connues ■ S'informe sur son traitement et les effets indésirables éventuels ■ Observe les indications de bon usage du médicament ■ Participe en tant que partenaire de sa prise en charge médicamenteuse <p>HAD Les acteurs peuvent exercer en établissement de santé, y compris en HAD, et/ou en officine</p> <p>HAD Professionnels de santé HAD salariés/libéraux De nombreux établissements d'HAD collaborent étroitement avec les infirmiers libéraux. Lors de leurs interventions pour le compte de l'HAD, ces professionnels font partie intégrante de l'organisation mise en place autour du patient et intègrent l'équipe de l'établissement.</p> <p>Participant à l'éducation du patient/Participant à la surveillance du patient/ Notifient les incidents/erreurs médicamenteuses</p>

3. Selon la réglementation en vigueur

4. Selon son niveau d'autonomie

Le préparateur en pharmacie doit toujours être sous le contrôle effectif d'un pharmacien.

1.6.5. Autres professionnels

D'autres professions sont essentielles à la prise en charge du patient en HAD comme les assistants de service social qui, font les démarches pour que les patients bénéficient de certaines aides, évaluent les besoins du malade. Cela peut être également les psychologues, les diététiciens, les masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les sages-femmes ou les services d'aide au domicile.

2. HAD Mauges Bocage Choletais

L'Hospitalisation à Domicile Mauges Bocage Choletais est l'un des 286 établissements prenant en charge des patients hospitalisés à leurs domiciles en France.

2.1. Présentation

Basé à Cholet, dans le Maine-et-Loire, cet établissement intervient sur ce même département, mais également en Vendée et Loire-Atlantique depuis mai 2008. Il s'agit d'une association privée à but non lucratif pouvant prendre en charge environ 75 patients pour 100 000 habitants. Les pharmacies sont engagées avec l'HAD MBC pour couvrir 105 communes et plus de 265 000 habitants (ANNEXE 2). 46 salariés travaillent au sein de cet établissement, représentant 39,24 équivalents temps plein. Cet établissement est engagé dans la qualité, il est certifié depuis 2012 et possède actuellement la certification v2014 (19). A ce jour, une nouvelle certification est en cours.

2.2. Procédure du pharmacien d'officine

Une procédure ciblant le rôle du pharmacien et ses tâches a été établie par l'HAD. Elle informe le pharmacien :

- De l'organisation de la visite de coordination avec les autres professionnels de santé ;
- De la présence de la valise HAD contenant le stock de médicaments à risque mais également le dossier patient ;
- Des commandes concernant le matériel médical, de son installation et son assistance en cas de dysfonctionnement ;
- De la gestion du stock ;
- De l'approvisionnement du patient en médicaments à son domicile ;
- Du contenu de la réserve du pharmacien dans son officine ;

- Du déroulement de la sortie d'HAD ;
- De la facturation.

Des réclamations peuvent être faites en cas d'évènements indésirables auprès de l'HAD. Une partie est dédiée à la certification de l'HAD MBC.

2.3. Certification

L'HAD est soumise au devoir de certification v2014 de la HAS comprenant plusieurs thématiques et notamment, la prise en charge médicamenteuse du patient (20).

Cette certification permet, selon l'article 4 de la décision n° 2013.0142/DC/SCES du 27 novembre 2013 du collège de l'HAS portant sur l'adoption de la procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L. 6133-7, L. 6321-1, L. 6147-7 et L. 6322-1 du CSP, « d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé et autres structures soumises à la procédure de certification. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients. »

La méthode utilisée pour certifier un établissement se fait sous forme d'audit. Cette méthode se base sur une des thématiques du guide méthodologique de l'HAS à destination des établissements de santé (21). Le circuit du médicament est un des thèmes abordés dans cette certification. Des écarts sont ensuite identifiés puis qualifiés en fonction du degré de non-conformité.

Des visites de certification sont également mises en place afin de maintenir la décision de l'HAS sur la certification de l'établissement. Cette certification permet d'améliorer de façon continue la prise en charge du patient en HAD.

Selon le référentiel de l'HAS, le pharmacien doit effectuer une analyse pharmaceutique avant la délivrance du traitement, sécuriser (transport, identification) le circuit du médicament et s'assurer des bonnes conditions de conservation et de stockage du médicament (notamment les stupéfiants). De plus, l'explication et les conseils aux patients sont primordiales. Il doit également effectuer le suivi des consommations des médicaments délivrés (22).

3. HAD et pharmacie

Un accord a été signé entre la FNEHAD, la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF) et l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) en 2018, marquant l'engagement de ces parties pour le développement d'un partenariat (23). Cet accord vise à renforcer la collaboration entre les pharmaciens d'officine et les établissements d'HAD. Les obligations du pharmacien et des établissements d'HAD y sont détaillées. L'établissement d'HAD peut ou non disposer d'une pharmacie à usage intérieur (PUI). Dans le cas où l'HAD n'en possède pas, une convention est signée entre l'HAD et les pharmaciens d'officine mais également entre l'HAD et l'hôpital pour se fournir en médicaments sortant de la réserve hospitalière. La pharmacie de ville permet d'avoir l'approvisionnement des médicaments et de certains dispositifs médicaux que l'établissement d'HAD ne possède pas.

4. Le déploiement à l'officine

Le rôle du pharmacien dans l'HAD est multiple. Il doit être impliqué, disponible, empathique, et à l'écoute du patient. Le pharmacien réceptionne l'information communiquée par l'HAD et en assure son traitement. Il assure également l'installation et le suivi du matériel médical, assiste à la réunion de coordination, communique avec l'HAD et échange avec le prescripteur si besoin. Il assure également un suivi thérapeutique, une analyse des prescriptions, procède à la dispensation, assure le bon usage du médicament et contribue aux soins de premier recours. Il gère également le stock des médicaments au domicile du patient. Il doit également déclarer les effets indésirables survenus chez les patients en HAD en assurant la pharmacovigilance (23).

Selon la convention propre à l'HAD MBC, le pharmacien d'officine se doit d'évaluer la qualité, d'assurer la continuité et la permanence des soins, et d'exécuter la délivrance selon les ordonnances prescrites.

De plus, le pharmacien livre les traitements et dispositifs médicaux. Il s'assure de la sécurité du médicament notamment en les plaçant dans un endroit sûr. La livraison se fait généralement de manière hebdomadaire au minimum, après vérification du stock de

médicaments au domicile. Elle peut cependant se répéter au cours de la semaine ou d'une même journée si le traitement connaît un changement.

Tout cela montre la place importante du pharmacien dans le réseau de soins et son rôle d'acteur de santé publique. Le pharmacien doit continuer à exercer pleinement sa profession en dehors des murs de son officine. Les nouvelles missions du pharmacien l'ont amené à se décentrer du médicament pour se focaliser de plus en plus sur le patient.

Or, chaque année, une enquête rétrospective est faite auprès des établissements d'HAD de façon à calculer les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) et un rapport est établi par la suite. Seuls la coordination des soins, la tenue du dossier patient, le suivi du poids et l'évaluation du risque d'escarre sont évoqués. La place du pharmacien n'est pas mise en avant dans ces indicateurs (24). De plus, un dispositif de mesure de satisfaction des patients est en cours d'expérimentation, il s'agit d' « e-satis ». Dans ce questionnaire où le patient donne son avis, le pharmacien n'est pas cité non plus (25). Devant l'augmentation du nombre de patients en HAD, il est important de se préoccuper de leur prise en charge par le pharmacien d'officine. Le pharmacien sera amené à prendre en charge de plus en plus de patients dans ce type d'hospitalisation. C'est donc en collaboration avec l'HAD MBC que des entretiens sont proposés aux patients en HAD. Cette étude vise à analyser les besoins des patients, à faire un état des lieux de leur prise en charge par le pharmacien d'officine et à proposer des pistes d'amélioration.

Matériels et méthodes

La méthode choisie est l'enquête qualitative. Avec cette méthode, on cherche à collecter des données, à obtenir une multitude d'informations de la part des patients interrogés et non pas à choisir ou à mesurer une idée. Ici, on cherche à comprendre la prise en charge du patient pour identifier ses besoins.

De plus, il s'agit de la théorisation « ancrée », où l'ensemble des données récoltées amène à une théorie servant à comprendre un sujet (26). On crée des hypothèses. Plus on augmente le nombre de patients dans l'échantillon et moins on en apprend, c'est le principe de la saturation des données.

La technique de recueil utilisée pour répondre à cet objectif est basée sur la mise en place d'entretiens effectués au domicile du patient (dans son environnement) où il s'exprime librement, émet des réponses spontanées et où l'enquêteur peut faire des relances.

1. L'entretien

L'objectif principal est de connaître les besoins des patients et d'en dégager les pistes d'amélioration tout en gardant à l'esprit que le patient est au centre de ce système de soin. Pour ce faire, il est important d'effectuer un état des lieux des connaissances des patients sur le rôle du pharmacien, d'analyser la prise en charge du patient par le pharmacien d'officine dans le cadre de l'HAD et d'en analyser les besoins du patient. C'est l'entretien semi-directif qui a été choisi pour effectuer ce travail.

2. Échantillon

Une enquête qualitative nécessite le recrutement de peu de patients, comparativement à une enquête quantitative qui nécessite un échantillon plus important. C'est pour cela que 5 à 10 entretiens sont généralement nécessaires pour parvenir à une saturation des données recueillies. La population ciblée concerne des patients qui intègrent l'HAD MBC. Le recrutement se fait en accord avec le cadre infirmier de l'HAD MBC qui sélectionne des patients de son établissement. Des appels téléphoniques sont initialement passés pour avoir une première approche avec le patient. Une présentation succincte du parcours du

chercheur et de la raison de son travail est faite, avant que les patients acceptent de planifier un rendez-vous.

Le pharmacien d'officine référent du patient recruté est averti de la mise en place de l'entretien au domicile et un retour lui est proposé.

Pour un recueil de données efficient et pour conditionner les entretiens, il convient de définir des critères d'inclusion et d'exclusion.

2.1. Critères d'inclusion

Des critères d'inclusion ont été déterminés. Le patient recruté doit :

- Avoir séjourné en HAD au moins 2 semaines dans les 6 derniers mois (soins ponctuels ou continus) ;
- Avoir une prise en charge par l'HAD MBC ;
- Avoir atteint l'âge de la majorité ;
- Être lucide et cohérent dans ses propos ;
- Faire intervenir un pharmacien d'officine pendant son séjour en HAD.

2.2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion correspondent à l'inverse des critères d'inclusion cités précédemment. Le patient ne doit pas :

- Être dément ou agité ;
- Avoir séjourné en HAD moins de 2 semaines dans les 6 derniers mois (soins ponctuels ou continus) ;
- Être mineur ;
- Être pris en charge par un établissement d'HAD autre que l'HAD MBC ;
- Résider dans un EHPAD.

3. Déroulement

D'un point de vue spatio-temporel, les entretiens se déroulent au domicile du patient afin qu'il se sente en confiance, pour favoriser la communication et éviter les déplacements du patient qui doit rester chez lui lors de son hospitalisation. Ils durent une trentaine de minutes de façon à ne pas importuner le patient.

Les entretiens se déroulent préférentiellement en milieu ou fin d'après-midi pour ne pas intervenir durant les soins d'hygiène quotidien. L'aide peut être présent lors de l'entretien pour apporter des idées et donner son opinion.

Pour débuter l'entretien, il est important de se présenter, d'élucider l'objectif de l'intervention, puis, d'introduire le sujet en recueillant des données sur le patient (date d'entrée en HAD, âge, motifs d'entrée en HAD). Le patient doit également donner son accord écrit pour que l'enquêteur prenne des notes pendant l'entretien. Puis, à partir de ce moment, l'enquêteur peut commencer à poser les questions figurant sur le guide d'entretien (ANNEXE 3). Cinq questions ouvertes ont été élaborées pour que le patient puisse s'exprimer de manière à ne pas être guidé dans ses réponses.

A travers la première question, on cherche à connaître les connaissances du patient sur le rôle du pharmacien d'officine dans l'HAD, ce qu'il apporte à l'HAD. Au-delà de la délivrance des traitements, le pharmacien d'officine a de multiples tâches au sein de l'HAD, parfois méconnues du grand public. Les questions 2 et 3 servent à établir un état des lieux de la prise en charge du patient par le pharmacien d'officine dans le cadre de l'HAD, ce qu'il apporte au patient. On cherche à savoir les services que lui offrent le pharmacien, à connaître la fréquence des visites du pharmacien au domicile ainsi que le lien qui unit le patient et le pharmacien. La quatrième question donne au patient la liberté de s'exprimer sur son ressenti, l'implication du pharmacien dans sa prise en charge, ce qui lui convient et ne lui convient pas. Et enfin, la dernière question vise à connaître les attentes des patients vis-à-vis de leur pharmacien, ce qu'ils souhaitent.

La procédure de l'HAD MBC a servi d'appui à la confection du questionnaire de l'entretien. L'intervention du chercheur est parfois indispensable pour relancer le patient si des réponses semblent en inadéquation avec les questions posées, ou pour ramener le patient dans le contexte de l'entretien. Puis, il se clôture par des remerciements envers le patient pour sa collaboration.

L'enquêteur donne un retour d'expérience à l'HAD MBC. Il peut également contacter les pharmacies concernées, si elles le souhaitent, pour échanger sur l'entretien effectué.

4. Recueil de données et retranscription des entretiens

Tous les entretiens ont été faits par la même personne, également auteur de cette thèse. Pour le recueil de données, il a été établi une trame d'entretien, permettant d'éviter les débordements et de recadrer l'entretien si nécessaire. Pour que le patient se sente libre d'expression, aucun enregistrement n'est fait et seule la retranscription manuscrite est effectuée de façon anonyme.

5. Analyse des données

L'analyse des données a été faite par l'enquêteur. Elle se fait après avoir recueilli l'ensemble des idées ressorties lors des entretiens, pour chaque question. Les idées similaires sont assemblées pour chacune des questions.

Résultats

Les entretiens ont eu lieu dans le Maine-et-Loire en majorité, et en Vendée. Ils ont duré, en moyenne 27,7 minutes. Le premier entretien était le 5 novembre 2021 et le dernier le 23 décembre 2021. Tous les entretiens se sont déroulés en présentiel malgré la crise sanitaire de la COVID-19.

1. Caractéristiques de l'échantillon

Onze patients ont été contactés et sept entretiens ont été effectués (trois n'ont pas répondu aux appels téléphoniques, et un patient ne faisait pas intervenir le pharmacien d'officine lors de son hospitalisation). Les patients étaient âgés de 57 à 90 ans. L'échantillon était composé de sept patients de sept villes différentes (trois se trouvant en Vendée et quatre en Maine-et-Loire). Cinq femmes âgées de 63 ans à 90 ans et deux hommes âgés de 57 ans et de 72 ans y ont participé (tableau 4). Les motifs d'entrée en HAD différaient selon les patients. Chaque patient est représenté par un chiffre, le premier rencontré sera P1 jusqu'au dernier rencontré qui sera P7. Dans cet échantillon, tous les patients avaient un séjour en HAD supérieur à 20 jours. Le pharmacien (qui doit assurer un passage hebdomadaire) a donc théoriquement été au domicile du patient au moins 3 fois.

Tableau 4 : Caractéristiques des patients participant à l'enquête

Patients*	Âge	Sexe	Motifs d'entrée en HAD	Nombre de journées passées en HAD lors de l'entretien	Présence de l'aideant (Oui/Non)	Durée de l'entretien
						(en minutes)
P1	65 ans	Femme	Post chimiothérapie	39	Oui	24
P2	72 ans	Homme	Pansements complexes	24	Non	28
P3	76 ans	Femme	<i>Nursings longs</i> Kinésithérapie Prise en charge psychologique et sociale	21	Oui	36
P4	63 ans	Femme	Post chimiothérapie	71	Non	23
P5	90 ans	Femme	Traitements intraveineux	25	Oui	29
P6	57 ans	Homme	Pansements complexes MEOPA	42	Non	35
P7	79 ans	Femme	Soins palliatifs	41	Oui	19

* Avec P1 correspondant au patient vu lors du premier entretien

2. Résultats de l'enquête

Durant chaque entretien, cinq questions ouvertes étaient posées au patient. Leurs réponses ont été retranscrites puis analysées. Les réponses des patients ont permis de récolter des informations sur leur prise en charge en HAD.

2.1. Rôle du pharmacien d'officine au sein de l'HAD

A cette thématique, tous les patients ont répondu qu'un des rôles du pharmacien était de livrer les médicaments au domicile. En effet, pour P2, le pharmacien assure le « ravitaillement en médicaments à domicile », il « apporte les médicaments » pour P3, P4 et P5, « et gère le matériel pour l'infirmière » selon P6. Trois patients ont affirmé que le pharmacien gérait le matériel médical. P1 a trouvé « épantant » que le pharmacien décèle les interactions médicamenteuses.

De plus, il contrôle le stock de médicaments selon les propos de P1 et P6 en faisant « le point la veille » de façon à ne pas avoir de stock inutilisé et P2 a affirmé que le pharmacien était vigilant à la conservation des médicaments. Il « met des choses dans la valise » selon P1, pour sécuriser la prise de certains médicaments et pour communiquer avec le personnel de l'HAD. Pour deux patients, le pharmacien est un interlocuteur. En effet, selon P5, « il forme un intermédiaire entre l'HAD et le patient » confirmé par P4 qui estime qu'il y a « l'HAD entre nous [le patient et le pharmacien] ».

Selon les propos de P3, le pharmacien doit « satisfaire la demande », « intervenir rapidement », « suivre les ordres de l'HAD » et « répondre aux ordonnances ».

2.2. Services proposés par le pharmacien d'officine dans le cadre de l'HAD

Au cours de cette enquête, quatre d'entre eux affirment que le pharmacien est de bons conseils notamment pour P4 où son pharmacien expose le « panel de ce qui existe » (concernant les compléments nutritionnels oraux).

Il est également à l'écoute selon P1, confirmé par P2 : « on peut lui dire ce qu'on veut » et P5. P2 ajoute qu'il est également « à l'écoute de l'infirmier pour tout ce qui est du médicament et du matériel ».

Parmi les patients interrogés, quatre d'entre eux ont, de nouveau, énoncé la livraison et trois, le suivi et la maintenance du matériel médical. L'aideant de P1 a raconté son expérience concernant un problème rencontré sur le lit médicalisé de P1 : « Je l'ai dit au pharmacien quand il est venu et le lendemain, un technicien intervenait pour régler le problème ».

Un des services proposés par le pharmacien et rapportés par 5 patients est la vérification du stock. « Ça permet de ne s'occuper de rien » selon P2 et « on ne se préoccupe de rien » pour l'aideante de P5. De plus, selon P3, la gestion des médicaments est partagée entre les professionnels intervenant au domicile, notamment quand « l'infirmière dit au pharmacien ce qu'il reste avant qu'il m'amène les médicaments ».

Pour trois patients seulement, le pharmacien apporte des explications et note les posologies sur les boîtes. Pour P6, le pharmacien ne notait pas sur les boîtes pour le traitement chronique : « c'est un traitement que je prends depuis longtemps et je le connais par cœur, il le sait ! » mais annotait les boîtes d'antalgiques de pallier III et « explique comment les prendre et les effets qui peuvent arriver ». D'ailleurs, dans ces propos, le pharmacien apparaît comme un connaisseur du traitement. Pour P1, « il explique les médicaments et note dessus ».

La totalité des patients sont satisfaits des services proposés par le pharmacien. Il s'agit d'une question fermée, où les sept patients ont répondu positivement.

2.3. Échanges entre le patient et le pharmacien et fréquence des visites au domicile du patient

Les échanges que le patient a envers le pharmacien concernent essentiellement les traitements qu'il délivre au domicile pour 5 patients. Par exemple, pour P6, le pharmacien a porté une attention particulière sur les morphiniques où il a décrit les modalités de prises et les effets que provoquent ce traitement.

Cependant, deux patients affirment que le pharmacien « ne parle pas beaucoup » pour P4 et « pas d'échange hormis les médicaments » pour P7. Le pharmacien ne donne pas d'explication sur le traitement pour un patient, qui n'en demande pas non plus puisque ce patient se renseigne préalablement auprès des médecins.

Six patients affirment que le pharmacien prend des nouvelles, pour P1 : « il rassure et demande comment va le moral », « il vient aux nouvelles » pour P3 et va même jusqu'à demander des nouvelles de l'entourage pour P5 : il « demande comment va le mari hospitalisé et les enfants ». Il parle « de tout, même de la famille, on blague même ensemble » pour P6, et « échange sur le moral et la vie quotidienne » pour P2.

Concernant la fréquence du passage du pharmacien, six patients voient le pharmacien au moins une fois par semaine, « voire plus » pour P1 et P6. Il revient « s'il y a une urgence » pour P7. P3 voit le pharmacien deux à trois fois par semaine. Pour P4, c'est parfois le « pharmacien, le préparateur ou le fils du pharmacien » mais donne l'impression qu' « il n'a pas le temps, il passe en speed en fin de journée ».

Néanmoins, un patient ne voit le pharmacien qu'une à deux fois dans le mois, qu'il justifie par la présence unique du pharmacien dans son officine : « il vient une à deux fois par mois sinon c'est ma femme qui y va ».

2.4. Implication du pharmacien dans le cadre de l'HAD : points positifs et points négatifs

Cette question était parfois reformulée pour que les patients développent leurs idées. Quand la question : « comment qualifiez-vous votre prise en charge par le pharmacien d'officine ? » était posée aux patients, les réponses étaient positives. En effet, trois patients affirment avoir une très bonne prise en charge, voire « excellente » pour P6 et « impeccable » pour P1. Deux d'entre eux la qualifient de bonne avec un « pharmacien accueillant et organisé » pour P3.

Concernant les points positifs, les plus souvent énoncés étaient :

- La rapidité (exprimée par 5 patients) : « il effectue les livraisons rapidement » pour P5, « bien servi et vite servi, il est très réactif à ce qu'on lui demande » pour P7, « quand il y a un problème, c'est vite résolu » pour P1, « rapidement dépanné » pour P2, « ils [les membres de la pharmacie] répondent du tac au tac » pour P6 ;
- La proximité (exprimée par 3 patients) : « c'est la pharmacie d'à côté, on les connaît bien » pour l'aideant de P7 ;
- La connaissance du traitement et des médicaments en général (exprimée par 3 patients) : « il connaît mon traitement de base » pour P4, « ils savent tout de mon traitement » pour P6 ;
- La confiance accordée au pharmacien (exprimée par 2 patients) avec P3 qui « a confiance en lui » et P4 qui est « sûre qu'il n'y a pas d'erreur et que c'est le bon médicament » ;
- La continuité de la prise en charge après la sortie d'HAD. En effet, l'aideant de P5 a apprécié le fait que le pharmacien ait continué de livrer le traitement au domicile.

A cette question, de multiples adjectifs ont été utilisés par les patients pour décrire leur pharmacien : « arrangeant », « scrupuleux », « rassurant », « accueillant », « bien organisé », « indispensable », « aimable », « serviable » (exprimé par 3 patients), « attentionné », « réactif ».

Cependant, trois patients ont exprimé des points négatifs :

- Deux patients ont soulevé le fait que le pharmacien ne donnait pas d'explication lors de la dispensation des médicaments au domicile. En effet, selon l'aideant de P5 : « je demande aux infirmières quand je ne connais pas tel ou tel médicament » ;
- Un patient, P3, se questionnait sur de possibles effets indésirables de ces traitements antalgiques.

Les quatre autres patients n'avaient rien à redire.

De plus, le changement de personnel pour la livraison des médicaments au domicile a mal été perçu par P4 : « je dormais, la personne est entrée et a déposé le paquet ici,

sans rien dire », ce patient pense qu'il s'agissait du fils du pharmacien : « je me suis réveillée quand il partait, ce n'était pas le pharmacien habituel, peut-être son fils ». Ce même patient a ressenti un problème de communication entre l'HAD et le pharmacien. En effet, le pharmacien a montré son mécontentement concernant le court délai entre le passage du prescripteur au domicile du patient et le moment où l'HAD prévient le pharmacien d'un changement de traitement. Selon P4, le pharmacien « n'était pas très content d'être prévenu au dernier moment ».

2.5. Attentes du patient en HAD vis-à-vis du pharmacien d'officine et prise en compte des besoins

Les trois attentes qui ont été retrouvées dans la majorité des entretiens étaient :

- L'empathie et l'écoute du pharmacien pour trois patients : « il faut qu'il soit réceptif » et que ce soit « une personne à qui on peut parler et qui nous comprenne » pour P3. P2 et P7 exprimaient même le besoin d'« être rassuré » ;
- La proximité pour deux patients (P2 et P4) ;
- La réactivité pour deux patients : « attente d'un service rapide » pour P3, confirmé par P4.

Cependant, trois patients ont affirmé qu'ils n'avaient pas d'attente particulière. Pour P1, il « n'en attendait pas tant », « le pharmacien vient plus souvent que le médecin », il n'avait rien à redire. « Tout se passe bien » pour P5.

Dans l'ensemble, les patients ont affirmé que tous leurs besoins étaient bien pris en compte. Selon P6 : « les besoins sont pris en compte sans problème ».

Enfin, sans répondre à une question du guide d'entretien, d'autres problèmes ont été identifiés dans la conversation avec le patient. L'aideant de P1 a affirmé connaître le code de la valise contenant le dossier patient après l'avoir entendu lors de la réunion de coordination. Or, ce code doit être secret. Seuls les membres de l'HAD MBC connaissent ce code. Il ne doit pas être connu des patients.

De plus, en intervenant au domicile du patient, l'enquêteur peut observer l'environnement qui l'entoure. Deux d'entre eux ont à leur disposition des morphiniques pour la

journée qui ne sont pas dans un lieu sécurisé. En effet, des morphiniques se trouvaient sur le plan de travail de la cuisine pour P1 et sur la table de chevet qui se trouvait dans le salon pour P4. L'aidant de P1 affirme avoir du stock d'antalgiques de pallier III : « tout n'est pas ici, j'ai de la morphine sous le coude ». Le pharmacien ne connaît donc pas le stock réel du patient.

Discussion

Les résultats sont ensuite analysés pour répondre aux objectifs de l'étude.

1. Synthèse et analyse des résultats

L'étude a été faite sur une période d'un mois et demi, au domicile des patients. Le recrutement des patients a été effectué en collaboration avec l'HAD MBC. La reformulation des questions était parfois nécessaire pour que les patients argumentent un peu plus leurs idées. Il s'agissait d'une étude qualitative, effectuée avec des entretiens semi-dirigés où les patients coopéraient et étaient volontaires pour participer à l'étude.

Durant cette étude, il a été constaté que tous les patients étaient globalement satisfaits de leur prise en charge par le pharmacien d'officine. Le rôle du pharmacien au sein de l'HAD, définit dans la partie 4 de l'introduction, est en partie, connu des patients. Ils décrivent principalement :

- La livraison des médicaments ;
- La gestion et le suivi du stock ;
- La mise en place et la maintenance du matériel médical.

Cependant, le suivi thérapeutique et la sécurité des médicaments sont des éléments qui n'ont pas été énoncés par les patients. Seul un patient a indiqué, avec étonnement, que le pharmacien décèle les interactions médicamenteuses. Or, c'est une des principales compétences du pharmacien, qui intègre l'acte de dispensation par l'analyse de l'ordonnance (27). Cette compétence, qui sécurise la dispensation des médicaments et préserve la santé du patient, est parfois oubliée du grand public. En outre, des observations pendant les entretiens amènent à penser que le pharmacien n'évoque pas la notion de sécurité du médicament. Cependant, d'après le référentiel de l HAS sur l'administration des

médicaments en HAD, les étapes de stockage et de sécurité font parties de la prise en charge médicamenteuse en HAD (28).

De plus, la notion de vigilance, retrouvée dans la convention-type de coopération entre le pharmacien titulaire d'officine et l'établissement d'HAD, n'a pas été évoqué non plus (23). Pourtant, un patient a déclaré avoir des effets indésirables, le pharmacien peut donc faire une déclaration de pharmacovigilance et aider le patient à gérer et à éviter ces effets.

Cependant, concernant les services apportés par le pharmacien, seulement trois patients ont évoqué le fait que le pharmacien ajoute des informations et des conseils associés au traitement lors de la dispensation. Aucun patient n'a évoqué les entretiens pharmaceutiques, les bilans partagés de médication ou bien l'éducation thérapeutique du patient qui peuvent être des services proposés par le pharmacien et bénéfiques pour le patient.

Au vu des échanges entre le patient et le pharmacien, le lien qui les unit paraît fort pour la plupart des patients, faisait place à une relation de confiance. Cependant, deux patients échangent peu avec le pharmacien, en partie à cause d'un manque de temps. La fréquence des visites au domicile est raisonnable pour tous les patients (au moins une fois par semaine) sauf un patient qui ne voit le pharmacien qu'une à deux fois par mois. Or, la convention de coopération qui lie l'établissement d'HAD à l'officine oblige le pharmacien à délivrer les médicaments à la semaine en les livrant au domicile (23).

La majorité des patients qualifie leur prise en charge de bonne à très bonne. Les points positifs exprimés par les patients sont les suivants :

- La rapidité d'intervention ;
- La proximité ;
- La connaissance du pharmacien ;
- La confiance accordée à leur pharmacien ;
- La continuité des soins assurée par le pharmacien.

Cependant, des points négatifs sont mis en évidence par certains patients comme :

- Le manque d'explication du traitement et de ses effets ;
- Le personnel changeant lors des livraisons ;

- Le manque de communication entre l'établissement d'HAD et le pharmacien.

Enfin, les attentes exprimées par les patients sont la réactivité, la proximité et l'empathie du pharmacien envers le patient. La totalité des besoins des patients sont pris en compte.

2. Comparaison avec les données de la littérature

L'HAD s'est développée au niveau mondial. Dans cinq pays : la France, l'Espagne, l'Australie, le Canada et l'Italie, les établissements d'HAD sont bien encadrés, structurés et le degré de polyvalence est important. L'HAD est en cours de développement pour les États-Unis, l'Angleterre, l'Irlande, la Belgique ou encore la Suède. Pour d'autres pays, elle n'est qu'au stade d'expérimentation (29).

En Australie, une conciliation d'entrée est effectuée par un pharmacien. Ce dernier informe le personnel de l'HAD des traitements et des suivis nécessaires à ces traitements. Une conciliation à la sortie du patient est également faite pour mettre en évidence les écarts entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation. Il semblerait que cette conciliation soit faite par un pharmacien hospitalier. Un compte-rendu est adressé au pharmacien d'officine et au médecin traitant (30).

Cependant, il y a peu de données sur la pratique de la pharmacie dans les soins à domicile, à l'étranger. Les structures d'HAD sont, très rarement, autonomes. En effet, dans la plupart des pays, les établissements d'HAD sont adossés à un hôpital (29). D'après une publication sur les soins à domicile en Europe et en Amérique du Nord, différentes professions interviennent dans la prise en charge du patient. Cependant, le pharmacien n'est pas cité parmi les intervenants (31).

De plus, une étude montre l'importance de la présence du pharmacien dans une unité d'HAD, au Portugal, par l'analyse des interventions pharmaceutiques. Sur 425 patients admis, 80 interventions pharmaceutiques (dont 13 cas sévères) ont été déclarées à l'issue de l'analyse des traitements, permettant de réduire les dommages potentiels pour les patients (32).

Dans une étude publiée en 2017, un pharmacien a été embauché par la *Winnipeg Regional Health Authority*, au Canada, pour rendre visite aux patients, après qu'une demande ait été faite de la part des professionnels de santé prenant en charge ces patients. Il évalue l'observance, fait le point sur le traitement et participe à l'éducation du patient. Des modifications peuvent être apportées en accord avec les prescripteurs. Cette étude montre l'impact du pharmacien dans un service de soins à domicile. Cependant, il ne s'agit pas d'un pharmacien d'officine (33).

Ces informations laissent penser que les systèmes d'HAD à l'étranger possèdent une PUI ou font intervenir une PUI. Il semblerait que ces HAD ne font pas intervenir directement le pharmacien d'officine.

Au niveau national, une étude auprès de quinze pharmaciens a été menée dans la région Rennaise, en 2012. Il avait été constaté un défaut de communication à l'origine des résidences des pharmacies vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile (34). C'est un point qui est retrouvé dans cette étude.

Une recherche bibliographique, à l'échelle internationale, a été publiée en 2011. Les besoins des patients hospitalisés qui ont été retenus durant cette étude sont « la confiance, la communication, l'information, l'éducation, les soins personnels et le soutien » (35). Ces besoins sont retrouvés dans les propos des patients interrogés dans l'enquête effectuée. Cependant, cette recherche n'est pas spécifique des patients en HAD et le pharmacien d'officine n'intervient pas dans l'hospitalisation du patient.

3. Forces et faiblesses de l'enquête

Cette étude a été construite grâce au personnel de l'HAD MBC et à des patients volontaires. Des outils ont également permis sa réalisation. Cependant, des points peuvent être améliorés pour mener une enquête plus fructueuse.

3.1. Les forces de l'enquête

Un des points forts de cette étude est la méthode utilisée. En effet, l'enquête qualitative permet aux patients de s'exprimer librement. Le dernier entretien effectué a montré la saturation des données puisqu'aucune idée supplémentaire n'a été apportée. La qualité

de l'étude a été explorée par une grille, *COnsolidated criteria for REporting Qualitative research* (COREQ), (ANNEXE 4) qui a servi de support à cette étude. Elle est composée de 32 items qui évaluent la qualité de l'enquête (36).

De plus, il existe peu de données sur le sujet du pharmacien dans l'HAD, dans la littérature. Il s'agit donc d'un sujet intéressant et pertinent pour améliorer la prise en charge du patient.

D'autre part, l'HAD MBC a permis à l'enquêteur de mener à bien cette étude. En effet, le fait d'appeler les patients avec un membre de l'HAD, permet un recrutement plus rapide et installe une relation de confiance entre l'enquêteur et le patient. Les patients ont été très accueillants et avaient envie d'aider à l'élaboration de cette étude.

Enfin, cette étude aide à mieux connaître le fonctionnement d'une HAD. L'interaction avec des patients et des membres de l'équipe de l'HAD MBC permet d'avoir une vision globale de ce type d'hospitalisation.

3.2. Les biais

Malgré les efforts fournis pour effectuer cette étude, des biais existent, notamment le biais de sélection. En effet, comme toutes les enquêtes qualitatives, le recrutement se fait sur un faible effectif de patient, qui n'est pas représentatif de la population générale.

De plus, des patients de l'HAD MBC sont pris en charge à l'officine où l'enquêteur exerce, localisée non loin de l'HAD MBC. De ce fait, le patient peut être influencé et ne pas évoquer réellement ses pensées.

Le fait que l'entretien se passe au domicile du patient est un biais à cette étude. A la fin des entretiens, un patient a eu la visite d'un ami, un autre patient a eu un appel téléphonique. L'interruption des entretiens peut faire perdre le fil conducteur et empêcher le patient de développer son idée.

A cela s'ajoute le biais méthodologique ou d'analyse. Du fait de la retranscription manuscrite des entretiens, certaines informations n'ont peut-être pas été interprétées comme

il le fallait. En effet, seul l'enquêteur a assisté aux entretiens et les a analysés. De plus, ce type d'entretien est un principe que l'enquêteur n'avait jamais expérimenté au domicile du patient. Donc, le recueil de l'entretien n'était peut-être pas complet dû au manque d'expérience.

La crise sanitaire a également été un frein à cette enquête. L'approche et le contact avec le patient se fait plus difficilement dans ces conditions particulières. La surcharge de travail du pharmacien et de son équipe durant cette crise peut expliquer le manque de temps accordé pour développer ses nouvelles missions. Cela peut se faire ressentir auprès des patients.

De plus, dans la majorité des entretiens, un aidant était présent pour écouter le patient, voire, pour intervenir et répondre aux questions. Cependant, le patient ne partage pas obligatoirement le même avis que l'aidant.

En outre, les patients en soins palliatifs ont, généralement, une vision négative de ce qui les entoure, ils étaient alors classés dans les critères d'exclusion. Après réflexion, ces patients représentent un tiers des prises en charge par l'HAD et ne doivent donc pas être écartés. Le patient en soins palliatifs qui a répondu à l'entretien avait des réponses pessimistes en lien avec son état de santé. Il faut donc réussir à réorienter le patient sur l'entretien et ne pas être déstabilisé.

L'un d'entre eux a été exclu de l'enquête puisqu'il n'avait pas besoin de l'intervention d'un pharmacien d'officine durant son séjour. Il est important de s'assurer de la présence du pharmacien dans la prise en charge du patient en HAD avant de prendre rendez-vous avec le patient.

3.3. Ouverture et perspectives

A l'issue de ces entretiens, des idées pour la pratique officinale peuvent être proposées pour améliorer la prise en charge du patient en HAD.

Globalement, la prise en charge du patient en HAD par le pharmacien d'officine est jugée bonne voire très bonne par les patients interrogés. Ces entretiens ont permis de mettre

en évidence l'utilité du pharmacien sur la gestion des médicaments et des dispositifs médicaux, la location du matériel médical, son suivi ainsi que les conseils apportés au patient.

Ces entretiens ont permis, cependant, de mettre en avant différentes pistes d'améliorations.

3.3.1. Donner des informations sur les traitements et leurs effets

Pour trois patients, il semble leur manquer d'informations concernant leur traitement et les effets qui lui sont associés. Le pharmacien est dans l'obligation de dispenser les conseils associés au traitement (mode de prise, posologie, effets) et à la pathologie du patient. C'est le principe même de la dispensation, défini dans l'article R. 4235-48 du CSP (27,33). De plus, il doit concourir à la pharmacovigilance (que l'on retrouve dans le rapport des bonnes pratiques de dispensation) en déclarant les effets indésirables rapportés par les patients (38).

En outre, le pharmacien doit se former continuellement pour connaître l'actualité des pathologies, des traitements et de la profession dans son ensemble pour mieux conseiller les patients. Pour cela, des organismes existent pour permettre au pharmacien d'avoir un accès à certaines formations à distance ou non. Plus d'un quart des patients pris en charge en HAD le sont pour des soins palliatifs. Une formation sur les soins palliatifs et l'accompagnement des personnes en fin de vie pourrait également être proposée au pharmacien. Il peut également se spécialiser dans certains domaines en effectuant des diplômes universitaires notamment en se spécialisant dans l'hospitalisation à domicile pour optimiser la prise en charge du patient.

3.3.2. Assurer la sécurité du médicament

La sécurité du médicament est un principe important dans la prise en charge du patient. Trop souvent lors des entretiens, les traitements antalgiques d'action rapide étaient disposés de façon à être accessibles rapidement. Cependant, des enfants ou des personnes mal intentionnées peuvent y avoir accès, ce qui, potentiellement, engendrerait des accidents. Le pharmacien a toute sa place dans la prévention de ces risques en informant le patient de l'importance de sécuriser la prise du traitement en le plaçant dans des endroits sûrs où seul le patient peut y avoir accès. De plus, la délivrance de fiches conseils pour

la prise d'antalgiques, notamment de paliers III ou pompe à morphine, pourraient, par exemple, être créées et données au patient à chaque livraison de médicaments stupéfiants pour s'assurer de la sécurité et du bon usage du médicament.

3.3.3. Se rendre disponible

Ces entretiens ont permis de mettre en évidence des écarts par rapport à la procédure établie par l'HAD MBC, qui ont été transmis à l'établissement d'HAD pour améliorer leur démarche qualité. Il s'agit, par exemple, de la visite mensuelle et non hebdomadaire du pharmacien chez un patient ou bien de la connaissance du code de la valise par un aidant. En effet, un patient a évoqué le fait que le pharmacien ne venait que très rarement au domicile. Or, le pharmacien doit se rendre disponible, dans l'intérêt du patient. C'est d'ailleurs pour cette raison que les livraisons des médicaments hebdomadaires et urgentes sont rémunérées par l'HAD. Si le pharmacien ne peut pas se rendre disponible, il doit le justifier à l'établissement d'HAD pour discuter du maintien ou non de sa place au sein de l'équipe d'HAD.

De plus, le changement trop fréquent du personnel livrant les médicaments est un problème qui a été soulevé par un patient. Le pharmacien n'est pas le seul membre de l'équipe à pouvoir intervenir au domicile. En effet, selon l'article R5125-51 relatif à la dispensation à domicile, le préparateur ainsi que l'étudiant en pharmacie (à partir de la troisième année) sont habilités à dispenser le traitement au domicile du patient, après que le pharmacien ait donné les instructions pour assurer une dispensation de qualité (37). Pour éviter les changements de personnels trop fréquents pouvant perturber le quotidien du patient, la pharmacie pourrait associer à un patient, un seul professionnel de la pharmacie et prévenir lors d'un changement. De plus, les patients en HAD devraient être avertis, à l'avance, de la venue du pharmacien au domicile par un appel téléphonique par exemple. Cela éviterait l'effet de surprise du patient lors de la livraison au domicile et instaurerait une meilleure relation de confiance.

3.3.4. Proposer les nouvelles missions

De nouvelles missions sont confiées au pharmacien, notamment le bilan partagé de médication et les entretiens pharmaceutiques. Le bilan partagé de médication concerne les patients chroniques polymédiqués (au moins cinq molécules prescrites depuis plus de six mois), âgés de plus de 75 ans (ou 65 ans si une affection longue durée est en cours) et

permet de faire le point avec le patient sur son traitement. Il vise à éviter le risque de iatrogénies médicamenteuses. Les entretiens pharmaceutiques, eux, concernent les patients ayant un traitement contre l'asthme, des anticoagulants oraux directs, des anti-vitamines K depuis plus de 6 mois ou une chimiothérapie orale. Il permet d'optimiser la prise du traitement chez le patient et son observance. Le pharmacien peut en faire la promotion par des flyers, des affiches auprès de ces patients en leur expliquant les objectifs et les principes (39). Un bilan sur les nouveaux traitements mis en place durant l'hospitalisation peut être effectué par le pharmacien, à la sortie d'HAD du patient.

3.3.5. Mieux communiquer avec l'établissement d'HAD

Le manque de communication entre l'établissement d'HAD et le pharmacien est également une faiblesse qui a été affirmée par un patient. Un logiciel communiquant directement avec les officines et alertant lors des modifications de traitement ou de besoins de matériel médical peut être mis en place dans les pharmacies d'officine ne l'utilisant pas. Il s'agit d'antHADine , un logiciel médical, où le dossier du patient est informatisé et des données sur ce dernier sont disponibles : prescriptions, transmissions et actes effectués. L'HAD fait intervenir de multiples professionnels. La coordination de ces professionnels est primordiale pour optimiser la qualité du séjour en HAD du patient. Une formation sur ce logiciel, auprès des pharmaciens d'officine, serait bénéfique pour l'obtention plus rapide des prescriptions, le suivi du patient et la communication avec l'équipe d'HAD. Il semble important de renforcer cette approche pluridisciplinaire afin d'harmoniser les compétences des professionnels de santé de l'HAD. Les informations récoltées par les professionnels de santé sur le patient seraient réunies et communiquées plus facilement. Cette idée est développée dans la feuille de route stratégique 2021-2026 (40). Si la mise en place de ce logiciel n'est pas possible, il serait pertinent de repréciser au prescripteur d'informer le pharmacien de l'entrée en HAD d'un patient au moins 12 heures voire 24 heures avant celle-ci pour qu'il puisse s'organiser à commander le traitement mais également le matériel médical. En retour, le pharmacien devrait informer le prescripteur et l'HAD en cas de stock trop important au domicile du patient ou de rupture d'approvisionnement.

3.3.6. Améliorer la gestion du stock

Le contrôle du stock de médicaments au domicile doit être fait chaque semaine pour éviter le surplus et l'automédication des patients durant le séjour. Ce contrôle commence

par la consultation du dossier pharmaceutique et du logiciel d'aide à la dispensation qui, sont utiles pour voir si des médicaments ont déjà été délivrés aux patients récemment. De plus, lors de la réunion de coordination, un jour dans la semaine est fixé pour la livraison des médicaments, le pharmacien peut donc évaluer le stock à ce moment. Or, il est détaillé dans les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de 2019, que près d'un dossier sur cinq possède une non-conformité due à l'absence de réunion pluri-professionnelle avec le médecin coordinateur durant le séjour (24). Cette réunion est pourtant intéressante pour permettre une meilleure collaboration entre professionnels de santé intervenant au domicile. De plus, un surplus de stock engendrerait des coûts supplémentaires inutiles pour l'HAD. Une fiche de stock est présente dans la valise (dont le code doit rester secret) et doit être dument remplie par le pharmacien lors de son passage.

Conclusion

Ce travail a tout d'abord permis de mettre en avant la place du pharmacien dans le système d'hospitalisation à domicile qui se développe d'une part en nombre de lits mais également en diversité des soins prodigués.

De plus, la collaboration de l'HAD MBC a rendu possible la mise en place de cette étude et l'obtention de réponses de la part des patients interrogés. Ces réponses ont permis de répondre aux objectifs qui étaient dans un premier temps d'analyser les besoins des patients pour, dans un second temps, en dégager les pistes d'amélioration.

En effet, les avis de chaque patient concernant leur prise en charge ont été recueillis. Les besoins des patients ont été identifiés : la proximité, la réactivité ainsi que l'empathie ont été retenues. Le discours de chaque patient interrogé amène à penser qu'ils ont une véritable relation de confiance envers leur pharmacien d'officine, pour la majorité d'entre eux.

Cependant, la totalité des patients restent satisfaits de leur prise en charge par le pharmacien d'officine malgré la mise en évidence de certains points négatifs, qui amènent à développer des pistes d'amélioration. Celles-ci pourront être analysées par l'HAD MBC pour optimiser la prise en charge de ses patients et répondre à des critères de qualité. Ainsi, une réunion d'informations sur l'utilisation du logiciel antHADine auprès des pharmaciens d'officine pourrait être effectuée par l'établissement d'HAD afin de faciliter la communication entre les deux parties.

De plus, cette étude a montré la nécessité d'expliquer les traitements aux patients. L'HAD peut contacter les pharmaciens, avec lesquels une convention est signée, pour leur rappeler d'informer les patients sur le mode de prise et la sécurité des médicaments. Il est également primordial que l'HAD insiste sur la disponibilité du pharmacien auprès des patients.

En outre, les nouvelles missions du pharmacien ne semblent pas être développées auprès des patients en HAD. Pourtant, des patients soulèvent le fait que les traitements et les

effets ne sont pas suffisamment expliqués. Le manque de temps, de formation ou la rémunération peuvent en être les causes.

Pour aller plus loin, des enquêtes auprès des membres de l'établissement de l'HAD MBC ainsi qu'auprès des pharmaciens pourraient être envisagées. Ces enquêtes permettraient de connaître le lien qui existe entre les deux parties, leurs avis sur l'implication de l'un et de l'autre dans la prise en charge du patient en HAD ainsi que les pistes d'améliorations qui seraient bénéfiques pour le patient.

Enfin, une étude quantitative s'étendant à d'autres patients en HAD, au niveau national, serait envisageable pour évaluer les résultats obtenus dans cette étude.

Bibliographie

1. SENTILHES-MONKAM A. L'hospitalisation à domicile, une autre manière de se soigner. L'Harmattan. Paris; 2008. 260 p.
2. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Chiffres clés de l'hospitalisation à domicile en 2020 [Internet]. 2021 oct [cité 17 janv 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>
3. Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile. L'HAD à l'avant-garde des réformes - Rapport d'activité 2020-2021 [Internet]. 2021 [cité 17 janv 2022] p. 74. Disponible sur: <https://www.fnehad.fr/2021/11/10/lhad-a-lavant-garde-des-reformes-publication-du-rapport-dactivite-2020-2021/>
4. Liste des modes de prise en charge | Publication ATIH [Internet]. [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/liste-des-modes-de-prise-en-charge>
5. Journal officiel de la république française. Avis relatif à l'avenant n° 21 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. 2020 [cité 8 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042376946>
6. Ministère de l'Emploi et de la solidarité. Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile [Internet]. [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=15980>
7. Haute Autorité de Santé. Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs. nov 2017;148.
8. Haute Autorité de Santé. Aide à la Décision d'Orientation des Patients en HAD [Internet]. 2017 [cité 3 janv 2022]. Disponible sur: <https://adophad.has-sante.fr/pages/informationmpp>
9. Direction générale de l'offre de soins. L'hospitalisation à domicile [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 20 déc 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>
10. Direction de l'information légale et administrative. Hospitalisation à domicile (HAD) [Internet]. [cité 23 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F732>
11. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Spécialités

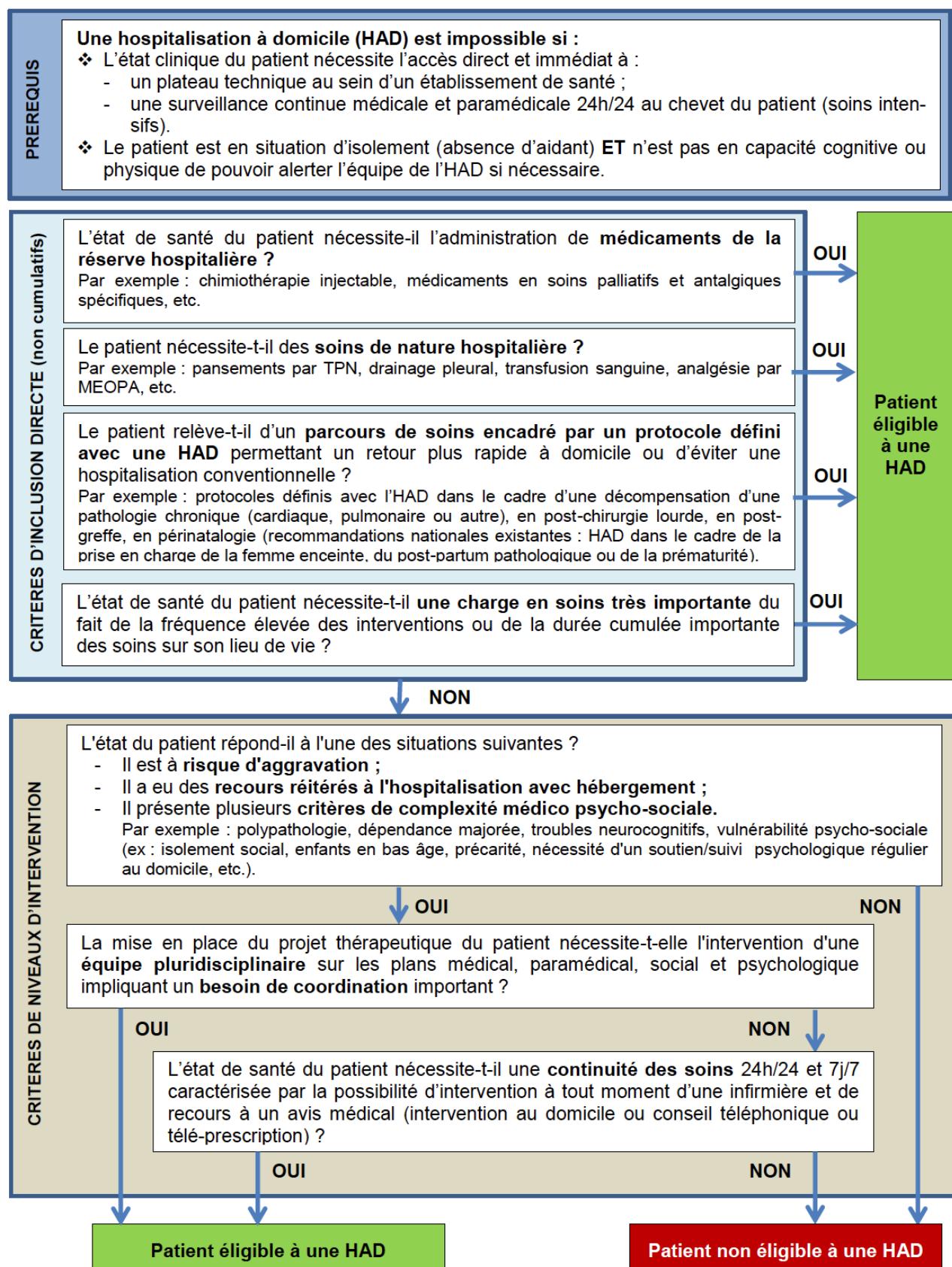
- pharmaceutiques en HAD 2022 | Publication ATIH [Internet]. 2021 [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/specialites-pharmaceutiques-en-had-2022>
12. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière - Légifrance [Internet]. [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGISCTA000006103447>
13. LATASTE M. Bulletin de la Société de pharmacie de Bordeaux. Le projet d'hospitalisation à domicile: application à l'Aquitaine. 1997;99-128.
14. Inspection générale des affaires sociales. Hospitalisation à domicile (HAD) [Internet]. 2010 [cité 4 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/31501-hospitalisation-domicile-had>
15. Ministère chargé de la santé; ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. La loi HPST à l'hôpital - Les clés pour comprendre [Internet]. 2010 nov [cité 25 janv 2022] p. 116-8. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr>
16. Ordre national des pharmaciens. Le journal de l'Ordre national des pharmaciens. Coopération des professionnels de santé: le patient au centre de la chaîne de soins. oct 2011;7-9.
17. Légifrance. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé [Internet]. 2013 [cité 12 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000023865866/>
18. Haute Autorité de Santé. Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments [Internet]. 2013 mai [cité 8 févr 2022] p. 19. Disponible sur: www.has-sante.fr
19. HAD Mauges Bocage Choletais. Zone d'intervention [Internet]. [cité 3 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.had-mbc.fr/zone-dintervention/>
20. Haute Autorité de Santé. Rapport de certification HAD Mauges Bocage Choletais [Internet]. 2017 [cité 14 déc 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1054285/fr/hospitalisation-a-domicile-mauges-bocage-choletais
21. Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique à destination des établissements de santé : certification v2014. 2018 déc p. 28.
22. Haute Autorité de Santé. Manuel : Certification des établissements de santé pour la qualité des soins [Internet]. 2021 [cité 24 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1495044/fr/mettre-en-oeuvre-la-certification-pour-la-qualite-des-soins

qualite-des-soins

23. Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine. HAD et pharmacie d'officine : Une coopération renforcée par un nouvel avenant [Internet]. 2019 [cité 4 févr 2022]. Disponible sur: <https://uspo.fr/had-et-pharmacie-dofficine-une-cooperation-renforcee-par-un-nouvel-avenant/>
24. Haute Autorité de Santé. Indicateurs de qualité et de sécurité des soins : coordination de la prise en charge du secteur hospitalisation à domicile (HAD), Résultats annexés au rapport 2019. 2019 déc p. 11.
25. Haute Autorité de Santé. IQSS - e-Satis HAD : expérimentation du dispositif de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés à domicile [Internet]. [cité 31 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3241208/fr/iqss-e-satis-had-experimentation-du-dispositif-de-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises-a-domicile
26. GUILLEMETTE F. Recherches qualitatives : Nouvelles approches et nouveaux outils pour mieux comprendre et mieux intervenir. L'approche de la Grounded Theory; pour innover? 2006;26(1):32-50.
27. Article R4235-48 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 25 janv 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913703/
28. Haute Autorité de Santé. L'administration des médicaments en hospitalisation à domicile (HAD) [Internet]. 2013 [cité 18 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718493/fr/outils-de-securisation-et-d-autoevaluation-de-l-administration-des-medicaments-en-hospitalisation-incluant-le-secteur-en-had
29. FNEHAD. L'hospitalisation à domicile, « une exception française? » [Internet]. 2016 déc [cité 22 févr 2022] p. 19. Disponible sur: <https://www.fnehad.fr/2016/12/09/publication-de-letude-sur-les-systemes-dhospitalisation-a-domicile-a-letranger/>
30. MEHAN J. Department of Health: Hospital in the Home (HITH) Guideline. 29 mars 2017;23.
31. GUINET A. Organisation des soins à domicile en Europe et en Amérique du Nord. In: MOSIM 2014, 10ème Conférence Francophone de Modélisation, Optimisation et Simulation [Internet]. Nancy, France; 2014 [cité 28 févr 2022]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01166613>
32. BRITO A, et coll. Pharmacist interventions in a hospital at home unit. In: Section

- 4: Clinical Pharmacy Services [Internet]. British Medical Journal Publishing Group; 2020 [cité 28 févr 2022]. p. A123.2-A124. Disponible sur: <https://ejhp.bmjjournals.org/lookup/doi/10.1136/ejhp-2020-eahpconf.262>
33. WALUS A, WOLOSSCHUK D. Impact of Pharmacists in a Community-Based Home Care Service: A Pilot Program. CJHP [Internet]. 21 déc 2017 [cité 21 févr 2022];70(6). Disponible sur: <http://www.cjhp-online.ca/index.php/cjhp/article/view/1718>
34. GIRAUT A. L'hospitalisation à domicile: attraits et réticences des pharmaciens d'officine de la communauté rennaise. 2012.
35. POLIKANDRIOTI M, NTOKOU M. Health Science Journal. Needs of hospitalized patients. janv 2011;5(1).
36. GEDDA M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):50-4.
37. Code de la santé publique. Article R5125-51 relatif à la dispensation à domicile - Légifrance [Internet]. [cité 15 févr 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006915234
38. Rapport de l'Académie de Pharmacie. Bonnes pratiques de dispensation du médicament par le pharmacien d'officine. 2013 nov p. 31.
39. Affiches et flyers de l'Assurance Maladie pour informer les patients sur les entretiens pharmaceutiques [Internet]. USPO Bourgogne Franche-Comté. 2018 [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: <https://uspo-bourgogne-franche-comte.fr/affiches-et-flyers-de-lassurance-maladie-pour-informer-les-patients-sur-les-entretiens-pharmaceutiques-2/>
40. Ministère des Solidarités et de la santé. Feuille de route stratégique HAD 2021-2026 [Internet]. 2021 déc [cité 18 janv 2022] p. 48. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/article/la-feuille-de-route-2021-2026>

Annexe 1 : Algorithme synthétique d'aide à la décision selon l'HAS (7)



Annexe 2 : Zone d'intervention de l'HAD Mauges Bocage Choletais (19)



Annexe 3 : Guide d'entretien

Prise en charge des patients en HAD, par le pharmacien d'officine : Enquête qualitative auprès des patients de l'HAD MAUGES BOCAge CHOLETAIS

Entretiens d'une trentaine de minutes, ciblés sur le patient (5 à 10 entretiens), au domicile du patient. Ces entretiens peuvent être effectués après la sortie en HAD du patient.

Objectifs :

- Évaluer la prise en charge du patient par le pharmacien d'officine dans le cadre de l'HAD.
- En déduire les pistes d'amélioration.

Critères d'inclusion : HAD supérieure ou égale à 2 semaines dans les 6 derniers mois (soins ponctuels ou continus), patients pris en charge par l'HAD Mauges Bocage Choletais, patients âgés de plus de 18 ans, patients lucides

Critères d'exclusion : patients agités, déments, HAD inférieure à 2 semaines dans les 6 derniers mois (soins ponctuels ou continus), patients en EHPAD, patients mineurs

Patient n° _____

Sexe : F / M

Age du patient : _____ ans

Date d'entrée en HAD : ____/____/20____

Présence de l'aide : Oui / Non

Durée de l'entretien : _____ minutes

(Date de sortie : ____/____/20____)

Motifs d'entrée en HAD :

- _____
- _____

1- Selon vous, quel est le **rôle du pharmacien** dans l'HAD ?

2- Quels sont les **services** qui vous sont proposés par le pharmacien d'officine dans le cadre de l'HAD ? Considérez-vous que ces services répondent à vos besoins ?

3- Quels **échanges** avez-vous avec votre pharmacien et à quelle **fréquence voyez-vous** votre pharmacien ?

4- Décrivez-moi **l'implication du pharmacien** dans le cadre de l'HAD. Que pensez-vous de votre **prise en charge** par le pharmacien dans l'HAD ? Quels sont les points positifs ? Quels sont les points négatifs ?

5- Qu'**attendez-vous** du pharmacien d'officine dans votre prise en charge en HAD ? Pensez-vous que tous vos **besoins sont pris en compte** par le pharmacien ? Si non, pourquoi ?

Remarques durant l'entretien :

Annexe 4 : Grille CODEQ

N°	ITEM	GUIDE QUESTIONS/DESCRIPTION	REPONSE
Domaine 1 : Équipe de recherche et réflexion			
Caractéristiques personnelles			
1	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a(ont) menée l'entretien individuel ?	L'étudiante (Justine Onillon)
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Pharmacien non thèsé, 6 ^{ème} année de pharmacie validée
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Pharmacien remplaçant
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Absence d'expérience en recherche qualitative
Relations avec les participants			
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non (seulement un patient connaît la pharmacie où l'enquêteur exerce)
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Nom, prénom, lieu d'exercice, niveau d'étude
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Nom, prénom, lieu d'exercice, niveau d'étude, en cours de thèse
Domaine 2 : Conception de l'étude			
Cadre théorique			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse des entretiens
Sélection des participants			
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Avec le cadre infirmier de l'HAD selon des critères d'inclusion

11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par téléphone
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	7 participants
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	4 patients : 3 n'ont pas répondu à l'appel et 1 a été exclu
Contexte			
14	Cadre de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Au domicile du patient
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Parfois présence de l'aidant
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Elles sont décrites dans le Tableau 1
Recueil des données			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui, le guide d'entretien était fourni. Testé lors du premier entretien
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Non
20	Cahier de terrain	Des notes de terrains ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui, pendant et après
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Environ 27 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui

23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et /ou correction ?	Non
Domaine 3 : Analyse et résultats			
Analyse des données			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Uniquement l'étudiante
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Traitement de texte Microsoft Word®
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction			
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description de cas particuliers ou une discussion des thèmes seondaires ?	Oui

Table des matières

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS.....	
TABLE DES FIGURES	
TABLE DES TABLEAUX.....	
TABLE DES ANNEXES	
LISTE DES ABREVIATIONS.....	
RESUME	
INTRODUCTION.....	1
1. L'hospitalisation à domicile.....	2
1.1. Définition	2
1.2. Historique et réglementation.....	6
1.3. Conditions d'entrée en HAD	7
1.4. Rôle et avantages de l'HAD.....	8
1.5. Loi HPST	9
1.6. Professionnels impliqués.....	10
1.6.1. Infirmiers et aides-soignants.....	10
1.6.2. Cadres de santé	10
1.6.3. Médecins.....	11
1.6.4. Pharmaciens.....	11
1.6.5. Autres professionnels.....	13
2. HAD Mauges Bocage Choletais	13
2.1. Présentation	13
2.2. Procédure du pharmacien d'officine.....	13
2.3. Certification	14
3. HAD et pharmacie	15
4. Le déploiement à l'officine	15
MATERIELS ET METHODES	17
1. L'entretien	17
2. Échantillon	17

2.1.	Critères d'inclusion	18
2.2.	Critères d'exclusion	18
3.	Déroulement	18
4.	Recueil de données et retranscription des entretiens.....	20
5.	Analyse des données.....	20
	RESULTS.....	21
1.	Caractéristiques de l'échantillon	21
2.	Résultats de l'enquête	23
2.1.	Rôle du pharmacien d'officine au sein de l'HAD	23
2.2.	Services proposés par le pharmacien d'officine dans le cadre de l'HAD	23
2.3.	Échanges entre le patient et le pharmacien et fréquence des visites au domicile du patient.....	24
2.4.	Implication du pharmacien dans le cadre de l'HAD : points positifs et points négatifs.....	25
2.5.	Attentes du patient en HAD vis-à-vis du pharmacien d'officine et prise en compte des besoins.....	27
	DISCUSSION.....	28
1.	Synthèse et analyse des résultats	28
2.	Comparaison avec les données de la littérature	30
3.	Forces et faiblesses de l'enquête	31
3.1.	Les forces de l'enquête.....	31
3.2.	Les biais.....	32
3.3.	Ouverture et perspectives.....	33
3.3.1.	Donner des informations sur les traitements et leurs effets	34
3.3.2.	Assurer la sécurité du médicament	34
3.3.3.	Se rendre disponible	35
3.3.4.	Proposer les nouvelles missions.....	35
3.3.5.	Mieux communiquer avec l'établissement d'HAD	36
3.3.6.	Améliorer la gestion du stock	36
	CONCLUSION.....	38
	BIBLIOGRAPHIE	40

ANNEXE 1 : ALGORITHME SYNTHETIQUE D'AIDE A LA DECISION SELON L'HAS (7)	44
ANNEXE 2 : ZONE D'INTERVENTION DE L'HAD MAUGES BOCAGE CHOLETAIS (19).....	45
ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN	46
ANNEXE 4 : GRILLE CODEQ	48

Prise en charge du patient en hospitalisation à domicile par le pharmacien d'officine : enquête qualitative auprès des patients de l'hospitalisation à domicile Mauges Bocage Choletais

Introduction : Depuis plusieurs années, le nombre de patients pris en charge en hospitalisation à domicile (HAD) est en constante augmentation avec plus de 150 000 patients en 2020, en France. Pour cela, l'HAD peut faire intervenir de multiples professionnels de santé dont le pharmacien. L'objectif de cette enquête est de déterminer les besoins des patients de l'HAD Mauges Bocage Choletais (HAD MBC) vis-à-vis de leur pharmacien d'officine et d'en dégager les pistes d'amélioration.

Matériel et méthodes : La méthodologie choisie est une enquête qualitative auprès de onze patients pris en charge par l'HAD MBC, réalisée sous la forme d'entretiens semi-dirigés. Cinq questions ouvertes ont été posées lors de ces entretiens au domicile du patient.

Résultats : Sept patients ont répondu à ces entretiens. Le rôle du pharmacien au sein de l'HAD est globalement connu. Cependant, le pharmacien ne propose pas tous les services possibles. La proximité, la réactivité et l'empathie sont les attentes des patients envers le pharmacien. En revanche, des points ont été soulevés, tels que le manque d'informations concernant le traitement, le manque de communication entre les professionnels et le changement trop fréquent du personnel lors des livraisons au domicile des patients.

Conclusion : Tous les besoins sont pris en compte selon les participants de l'enquête. Cependant, des pistes d'amélioration peuvent être proposées comme la consultation d'un logiciel informatisé communiquant entre la structure d'HAD et le pharmacien et la mise en place d'entretiens au domicile des patients pour expliquer les traitements. Les membres de l'établissement d'HAD peuvent également faire un point avec les pharmaciens pour leur rappeler qu'ils doivent gérer le stock de médicaments et se rendre de façon hebdomadaire chez le patient pour assurer leurs missions. Cette enquête a donc permis de prendre connaissance des attentes des patients en hospitalisation à domicile vis-à-vis de leur pharmacien d'officine et de dégager les pistes d'amélioration de leur prise en charge dans l'intérêt du patient.

Mots-clés : hospitalisation à domicile, enquête qualitative, besoins du patient, pistes d'amélioration

Patient care in hospital at home by the pharmacist: qualitative survey of patients in hospital at home Mauges Bocage Choletais

Introduction: For several years, the number of patients in hospital at home (HAH) is increase steadily, with more than 150,000 patients in 2020 in France. HAH can involve multiple healthcare professionals, including the pharmacist. The objective of this survey is to determine the HAH Mauges Bocage Choletais patients' needs, particularly regarding their pharmacist and to infer the possible improvements that can be done.

Material and methods: A qualitative survey has been followed, interviewing eleven HAH Mauges Bocage Choletais patients in semi-structured interviews. Performed at the patient's home, five open questions have been asked to the patients throughout those interviews.

Results: Seven patients have replied to the interviews. All the patients were generally satisfied by the way the pharmacist took care of them. The pharmacist's role within the HAH is broadly known. However, the pharmacist is not offering all the potential services from his portfolio. Pharmacist's proximity, responsiveness, and empathy are the key expectations of the patients. In contrast, it has been noted some areas of improvement in the lack of information regarding the treatment, the lack of communication between the healthcare professionals and the too frequent changes of the employees managing the patient's home-delivery.

Conclusion: According to the survey respondents, all the needs have been included. However, improvements can be suggested like the implementation of a communication software between the HAH organization and the pharmacist, and the implementation of meetings at the patient's place to explain their treatments. HAH members can also align with the pharmacist to ensure they are managing the stock of medicines and are weekly meeting the patients at their place to fulfill their functions. Therefore, this survey enabled to get acquainted with the HAH patients' expectations from their pharmacist and to infer the improvements to be done in the patient management, according to the patient's interest.

Keywords: hospital at home, qualitative survey, patient's needs, areas for improvement