

Fiche mémo

Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux en Hospitalisation A Domicile (HAD)

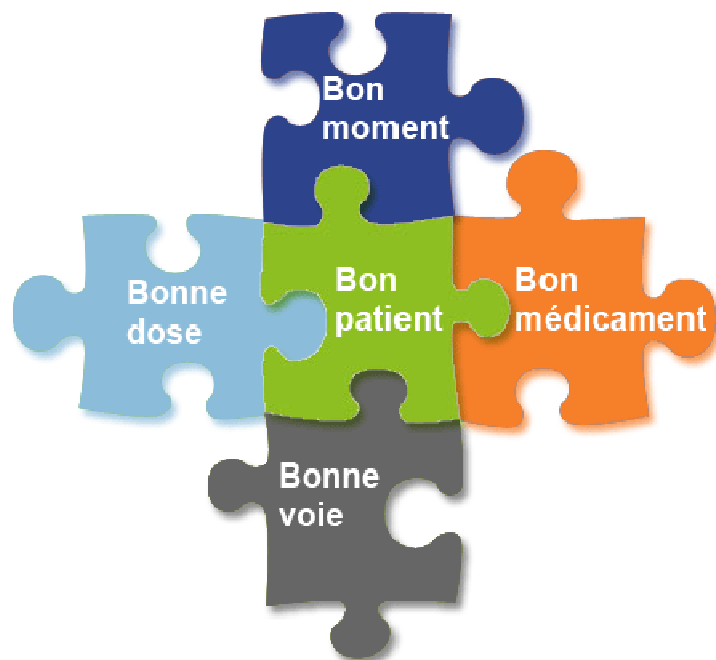


Table des matières

Partie 1 : Contexte et problématique

Partie 2 : Le processus

Point clé 1. Commencer le recueil d'information en amont de l'hospitalisation en HAD

Point clé 2. Prendre en compte l'environnement du domicile

Point clé 3. Maintenir un BM exhaustif et le partager à toutes les étapes de transitions

Partie 3 : Les acteurs

Le rôle clé du trinôme IDE-Pharmacien-Médecin

Partie 4 : Volet Stratégie

Partie 1 : Contexte et problématique

L'Hospitalisation à domicile (HAD) permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés. Les soins délivrés en HAD se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par leur complexité, leur durée et la fréquence des actes. Les établissements d'HAD (EHAD) sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement (1).

Les patients éligibles à l'HAD sont, soit issus d'établissements hospitaliers (MCO, SSR), soit issus du domicile (dont ESMS et EMS). Il s'agit de patients de tout âge atteints d'une maladie chronique et/ou aiguë pour lesquels, après une évaluation médicale, l'HAD est la meilleure solution en termes de prise en charge.

Ces soins sont nécessairement complexes, techniques, longs, parfois pluriquotidiens, délivrés par divers professionnels de santé salariés et/ou libéraux exerçant différentes spécialités et dont la coordination est assurée par l'HAD.

En 2016, 110 000 patients ont bénéficié d'une HAD et cette dernière a généré 4,9 millions de journées d'hospitalisation (1).

En 2015, la SFPC a rédigé une fiche « MEMO » rassemblant les préconisations pour la pratique de la Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM) dans les établissements de santé (ETS) (2).

Cette pratique prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses, potentiellement iatrogènes, en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes des produits de santé du patient entre professionnels de santé aux points de transition du parcours de soins. Elle optimise le processus de révision globale des traitements en cours, du patient. Elle contribue à la maîtrise des dépenses de santé par la diminution des coûts associés notamment à l'iatrogénie médicamenteuse.

Lors de l'admission, quatre étapes sont à distinguer :

1. la recherche d'informations concernant le traitement,
2. la formalisation du Bilan Médicamenteux (BM),
3. sa validation,
4. le partage et l'exploitation du BM pour l'actualisation de la prescription (ou du dossier patient) et l'information du patient.

A la sortie, ces étapes se succèdent de nouveau :

1. la recherche d'information sur les traitements du patient,
2. la formalisation d'un BM associé à des informations sur la thérapeutique,
3. la réalisation de l'ordonnance de sortie,
4. la transmission d'informations pertinentes aux professionnels d'aval qui n'ont pas pris en charge le patient en EHAD.

Ces informations sont transmises vers la ville à l'occasion de la lettre de liaison et par des messageries sécurisées.

Compte-tenu de l'utilisation du terme Bilan Médicamenteux par le guide de la Haute Autorité de Santé, le groupe expert a décidé, dans un souci d'harmonisation, de conserver ce dernier plutôt que celui de Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) préconisé dans le premier MEMO SFPC (3).

A l'hôpital et en ville, cette activité repose en grande partie et le plus souvent sur du personnel pharmaceutique dédié et formé. Pour autant, nombreux sont les professionnels qui peuvent participer à cette activité, au regard de leurs compétences. Ainsi, en EHAD, aux professionnels de santé habituellement présents au chevet du patient, se rajoutent les professionnels de l'EHAD, médecin et IDE coordonnateurs et salariés.

La SFPC a intégré la CTM parmi les activités de pharmacie clinique. En cours de déploiement, elle est encouragée et soutenue par les tutelles nationales et régionales (DGOS, HAS,

OMÉDITs). La dynamique de formation proposée à tous les professionnels de santé de ville et d'hôpital depuis 2016 par la SFPC via notamment le kit de formation Formaconcil et portée par la DGOS et le RésOMÉDIT est à ce jour largement engagée dans les régions.

Cependant, la CTM en EHAD n'a pas été abordée. La définition et le processus de conciliation sont identiques (2). C'est la mise en œuvre et les acteurs impliqués dans la prise en charge à domicile qui impacteront le déploiement de la CTM.

En effet, la Prise En Charge Médicamenteuse (PECM) en EHAD présente des spécificités et ce à plusieurs titres (4,5) :

- le rôle central du patient et/ou de l'aidant dans le dispositif de prise en charge médicamenteuse au domicile,
- la multiplicité d'intervenants au domicile du patient complexifie la PECM : médecins traitants et médecin coordonnateur de l'EHAD, infirmiers libéraux et de l'EHAD, pharmacien d'officine et/ou de l'EHAD. La PECM se complexifie encore quand le patient bénéficie d'une consultation d'un médecin spécialiste ou s'il bénéficie de séjours itératifs en hôpital de jour (chimiothérapie par exemple).

A ces spécificités se rajoute une hétérogénéité des organisations en matière de circuit du médicament.

- Il existe des établissements sans Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) (40 % des EHAD) dans lesquels la dispensation des médicaments, à l'exclusion des médicaments Réservés à l'Usage Hospitalier (RUH), est réalisée par les pharmaciens d'officine. Dans la grande majorité des cas, c'est l'officine habituelle du patient qui passe convention avec l'établissement d'HAD. La conduite du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient intègre donc les pharmaciens d'officine. Dans certains établissements, elle repose aussi sur un pharmacien salarié de la structure d'HAD mais qui ne dispense pas de médicaments. La pharmacie hospitalière approvisionne l'EHAD pour les médicaments Réservés à l'Usage Hospitalier (RUH) mais l'acte de validation pharmaceutique incombe au pharmacien

d'officine (6). Les EHAD doivent donc donner accès à l'intégralité des traitements du patient au pharmacien d'officine.

- Il existe également des établissements avec PUI (60 % des établissements d'HAD). Il s'agit notamment de services d'EHAD dépendants d'établissements de santé MCO ou de soins de suite et de réadaptation (SSR) disposant eux-mêmes d'une PUI ou d'établissements « autonomes » qui ont fait le choix de se doter d'une PUI. Dans ce cas, la dispensation est sous l'entière responsabilité du pharmacien de la structure. Néanmoins, sous convention une partie de l'activité peut être exécutée par le pharmacien d'officine du patient (CSP R5126-44-1).

Enfin, l'unité géographique qui est le domicile du patient, multiplie les problématiques logistiques et complexifie l'intervention des professionnels de santé impliquant de fait une nécessaire coordination entre professionnels.

Malgré les spécificités de la prise en charge en HAD et l'hétérogénéité des organisations, les exigences en terme de continuité de la PECM sont les mêmes que pour un établissement à hébergement conventionnel : respect des Contrats d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiences des Soins (CAQES), management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, certification HAS, recueil des IPAQSS et facturation en sus des médicaments onéreux.

Peu de données sont, à ce jour, disponibles dans la littérature concernant la mise en œuvre de la conciliation dans les EHAD. Si des études observationnelles anglo-saxonnes ou australiennes ont été menées, aucune n'est française. De plus, les organisations sont disparates en fonction des états et des systèmes d'assurances. Néanmoins, les organisations s'appuient majoritairement sur le pharmacien responsable de la PECM (7,8), le pharmacien d'officine (9) et sur une synergie d'un trinôme composé du médecin, du pharmacien et de l'infirmier à domicile (10,11).

Au regard des données de la littérature et de l'expérience des professionnels impliqués dans la rédaction de ce document, les spécificités de la mise en œuvre du processus de conciliation vous sont décrites ci-après.

Partie 2 : Le processus

Le processus de conciliation reste inchangé qu'il soit réalisé en EHAD ou en ETS à hébergement « classique ». Les quatre étapes* sont les suivantes :

Un logigramme récapitulatif est présenté en annexe 1. Quelques points clés sont à noter dans la mise en œuvre du processus de CTM en EHAD.

Point clé 1. Commencer le recueil d'information en amont de l'EHAD

La pré-admission en EHAD

L'admission en EHAD correspond à l'entrée effective du patient en HAD. Cette étape est précédée de l'étape de « pré-admission » qui vise à recueillir des informations indispensables à la prise en charge du patient, en particulier :

- le motif de prise en charge en HAD,
- les antécédents médicaux du patient et les résultats biologiques,
- les traitements et les prescriptions en cours.

Cette étape peut être utile également pour préparer le domicile à l'admission du patient (installation d'un lit médicalisé, fauteuil, lève-personne, pompe PCA, etc...). Quelle que soit la provenance du patient, la recherche active d'informations débute durant cette étape, et sera consolidée à l'entrée effective du patient en EHAD.

* Dans un souci d'harmonisation avec les documents nationaux de référence, les quatre étapes décrites dans ce mémo sont celles publiées dans le guide de « mise en œuvre de la conciliation dans les établissements de santé » publié en janvier 2017 par la HAS (3).

Le rôle des établissements de santé d'amont

L'EHAD doit organiser avec l'ETS d'amont la transmission d'informations sur la PECM du patient (lettre de liaison, courrier et ordonnances de sortie) ou la CTM de sortie si cette dernière est réalisée. Dès la destination du patient connue, la CTM de sortie doit être initiée. Les documents de sortie simplifient le processus de conciliation en HAD. Le pharmacien de l'ETS d'amont a un rôle majeur lors de la conciliation de sortie pour la transmission des modifications de la prise en charge médicamenteuse vers les professionnels de santé d'aval (12). Néanmoins, elle ne dispense pas l'EHAD de réaliser la CTM d'entrée.

Dans le cas d'un patient venant du domicile, dont l'ESMS et l'EMS, et admis en EHAD, les professionnels de santé habituels du patient sont sollicités par l'EHAD pour la transmission de toutes les informations pour la PECM du patient.

Point clé 2. Prendre en compte la prise en charge à domicile

L'environnement du domicile

Les informations recueillies par les professionnels présents au domicile du patient rendent possible un recueil exhaustif des traitements notamment, les médicaments non prescrits, ou ne nécessitant pas de prescription médicale, ou les traitements non médicamenteux (compléments alimentaires, phytothérapie, aromathérapie...) (13). Il est possible que les patients disposent à domicile d'un stock de médicaments dans leur armoire à pharmacie, par exemple ceux dont la prescription a été interrompue avant leur prise en charge en HAD.

Le patient et son entourage

L'aidant ayant un rôle important dans la prise en charge à domicile, il doit être, si possible, associé au recueil d'informations. De plus, lors d'un séjour en EHAD, le patient et/ou l'aidant peut être autonome pour l'administration de tout ou d'une partie de la prise médicamenteuse (circulaire DGOS/PF2 no 2012-72 du 14 février 2012-référence 2bis). La

capacité du patient et/ou de l'aidant à préparer et prendre/administrer le traitement par voie orale (voire sous-cutanée, inhalée ou transdermique...) doit être évaluée. Dans le cas où cette évaluation montre une autonomie dans ces étapes, celles-ci seront effectuées par le patient et/ou l'aidant. L'évaluation de l'autonomie du patient (organisation, adhésion thérapeutique) peut être évaluée au cours de l'entretien patient/aidant lors du processus de CTM.

Point clé 3. Maintenir un BM exhaustif et le partager pendant l'intégralité de la prise en charge

En raison de la multiplicité des professionnels intervenant à domicile, de la possibilité de consultations spécialisées ou d'hospitalisation de jour pendant le séjour en EHAD, il est important de maintenir un BM le plus exhaustif possible et de le partager de la manière qui soit la plus efficace possible. Une attention particulière doit être portée aux ré-hospitalisations itératives et fréquentes lors d'une PEC en HAD afin de garantir l'exhaustivité du BM. Tous les professionnels de santé doivent y être sensibilisés et impliqués. L'équipe de coordination de l'EHAD et le pharmacien ont un rôle central pour l'implémentation du BM en relation avec le médecin traitant. Egalement, un système d'information performant au vu de la multiplicité des intervenants et de la disparité géographique est essentiel (9). L'idéal est de pouvoir partager le BM entre tous les professionnels de santé. Des outils de communication et de coordination doivent permettre de soutenir cette dynamique.

Partie 3 : Les acteurs

Recueillir les informations	Synthétiser les informations	Valider le BM	Partager et exploiter le BM
Pharmacien - PUI EHAD - Officine - de l'EHAD sans PUI - PUI ETS d'amont Etudiant en pharmacie en stage à l'officine ayant validé leur 3 ^{ème} année	Pharmacien - PUI EHAD - Officine - de l'EHAD sans PUI - PUI ETS d'amont Etudiant en pharmacie en stage à l'officine ayant validé leur 3 ^{ème} année	Pharmacien - PUI EHAD - Officine - de l'EHAD sans PUI	Gestion des divergences Si possible un binôme : Pharmacien PUI/Officine/EHAD + Médecin coordonnateur de l'HAD/ Médecin traitant/ESMS ET EMS Enregistrement dossier patient et prescription Médecin traitant ou médecin coordonnateur de l'EHAD Expliquer au patient et à son entourage les changements de son traitement ➔ Tous : pharmaciens, préparateurs et IDE, médecins
Médecin coordonnateur EHAD Médecin traitant Médecin coordonnateur ESMS ET EMS IDE, IDE salarié EHAD IDE de coordination EHAD Préparateur en pharmacie	Médecin coordonnateur EHAD Médecin traitant Médecin coordonnateur ESMS ET EMS IDE, IDE salarié EHAD IDE de coordination EHAD Préparateur en pharmacie	Médecin coordonnateur EHAD Médecin traitant	

Le rôle clé du trinôme Pharmacien IDE Médecin

Le processus de conciliation sera d'autant plus efficace qu'il n'y aura pas de rupture dans l'enchaînement des étapes. Si les étapes sont réalisées par des acteurs différents un système qualité de coordination de l'ensemble du processus doit être mis en place.

La plupart des processus de CTM décrits s'appuie sur les infirmiers de la structure d'HAD (de coordination, liaison...) ou sur des IDE salariés de l'EHAD pour le recueil d'information. En effet, leur position stratégique au domicile du patient offre un recueil de données plus performant (cf. infra) (13). Néanmoins, les études s'accordent sur le fait que les pharmaciens, de par leur expertise pharmaceutique doivent être le relais de l'IDE pour toute question relative au recueil de données et doivent formuler les demandes complémentaires de recueil d'information pour explorer les divergences.

De plus, ce sont, préférentiellement, les pharmaciens qui contactent les prescripteurs, et seuls les pharmaciens adressent les propositions de modifications de la prescription en fonction des divergences identifiées. En effet, quelques études suggèrent que les prescripteurs intervenant dans les structures de soins à domicile sont plus réceptifs aux propositions de modifications formulées par un pharmacien plutôt que par un IDE (8,14). Certains IDE ont également exprimé leur malaise à formuler au médecin des propositions de modifications des traitements en raison d'une moindre connaissance des thérapeutiques médicamenteuses (14).

La plupart du temps, les pharmaciens impliqués ne sont pas salariés des structures à domicile. Ils sont pharmaciens hospitaliers publics ou privés, ou pharmaciens d'officine (9,11,15). Ainsi Myrka et coll (9) ont montré que la collaboration entre l'IDE à domicile et le pharmacien dans le processus de conciliation a réduit de 6 % le recours à l'hospitalisation en urgence et a réduit de 20 % le nombre de problèmes médicamenteux, ($p < 0,05$). Dans cette étude, le processus de conciliation impliquait les pharmaciens hospitaliers de l'ETS de provenance du patient, l'IDE à domicile et le pharmacien d'officine. L'IDE à domicile coordonnait le recueil de données et les deux pharmaciens collaboraient pour identifier et résoudre les divergences avec les prescripteurs.

Reidt et coll (16) ont mesuré l'impact de la conciliation associée à la révision de prescriptions réalisée par un pharmacien salarié de l'EHAD. L'entretien patient était réalisé à domicile et complété par un entretien avec l'IDE intervenant à domicile. Dans le groupe de patients bénéficiant de l'intervention du pharmacien, il y a eu moins de passages aux urgences pendant leur HAD (56 % de moins que dans le groupe sans intervention $p < 0,05$), le nombre

d'hospitalisations n'étant pas significativement différent. Dans le groupe intervention, 213 interventions ont été émises et 53 % ont été acceptées. Les propositions de modification de la prise en charge médicamenteuse étaient transmises et discutées par le pharmacien avec le médecin. Dans l'étude de Myrka et coll (7), dans le cas où le patient admis en EHAD vient d'un autre établissement de santé, le pharmacien de cet établissement peut également être contacté par le pharmacien salarié de l'EHAD pour améliorer la documentation des divergences. Setter et coll. (9) ont montré une augmentation de la détection et de la correction des divergences lorsqu'un pharmacien d'officine réalisait la conciliation à domicile en binôme avec une IDE *versus* un pharmacien d'officine sans collaboration avec une IDE du domicile (p=0.001).

L'information du médecin coordonnateur et du patient, suite aux modifications de prise en charge médicamenteuse est le plus souvent effectuée par l'IDE à domicile (9,14).

Partie 4 : Volet stratégie

La stratégie d'implémentation de la CTM en EHAD reste la même que pour les établissements à hébergement classique à savoir :

- l'institutionnalisation de la mise en œuvre avec une information préalable partagée entre tous les professionnels,
- l'apport de la culture sécurité de l'établissement,
- la désignation d'un chef de projet entouré d'une équipe pluri-professionnelle,
- la mise en œuvre des indicateurs de suivi du déploiement de la CTM.

Quelques points clés sont essentiels pour la mise en œuvre en HAD.

Leviers organisationnels

L'HAD impliquant de nombreux professionnels de ville auprès du patient, il est indispensable de favoriser la création de liens entre les professionnels de ville et les professionnels des ETS avec définition des besoins et des attentes de chacun. La sollicitation des diverses fédérations d'HAD, URPS, ARS, et OMÉDITs semble incontournable pour développer les partenariats entre tous les professionnels de santé et dans tous les domaines thérapeutiques.

Ce lien sera aussi favorisé par la sensibilisation des institutionnels régionaux sur la problématique de la CTM et par l'organisation entre professionnels de santé pour sa mise en œuvre.

La dynamique de développement de la pharmacie clinique au sein de groupes d'ETS ou dans les GHT est favorisante pour la mise en œuvre de la CTM. Un pilote au sein du groupement ou du GHT développera le modèle de déploiement qui sera ensuite décliné dans les autres établissements. Dans un premier temps un ciblage des patients facilitera l'implémentation de l'activité. Par la suite la CTM sera déployée à l'échelle d'un canton ou d'une zone géographique afin d'amorcer le dispositif. Les zones où les professionnels de santé se connaissent le mieux sont certainement à privilégier.

La mise en place d'un outil commun (informatique ou à défaut papier) pour partager les informations médicamenteuses des patients semble être incontournable en raison de la disparité géographique des professionnels de santé intervenant auprès du patient. La portabilité des informations doit être assurée par la mise à disposition de matériel.

Un levier possible pour la mise en œuvre est la contractualisation de la réalisation de la CTM entre structure d'HAD et ETS d'amont ou encore entre HAD et professionnels de santé intervenant au domicile. La CTM peut même être incluse dans les prestations rémunérées par les structures d'HAD aux autres professionnels de santé.

Levier individuel

Une formation des professionnels de santé exerçant en ville et dans les ETS sur le risque iatrogène médicamenteux tout au long du parcours de soins et le rôle de la CTM est un prérequis souhaitable. Pour cela, l'offre de formation doit être suffisamment conséquente et diversifiée (présentielle et/ou e-learning) pour s'adapter aux contraintes de chacun. Les formations doivent être valorisées en termes de Développement Professionnel Continu (DPC) pour mieux impliquer les professionnels de santé libéraux indispensables dans la PECM en HAD.

Levier national

La CTM doit être intégrée dans les missions des professionnels de santé de l'HAD. Une cotation de l'acte pourrait être envisagée selon des modalités à définir lors d'une expérimentation.

L'inscription de la CTM dans la certification HAS des ETS et dans la contractualisation des ETS avec l'ARS sera un levier. Sa prise en compte par les assurances, dans un objectif de diminution du risque pour le patient lors de son hospitalisation, peut également être envisagée.

Conclusion

Encore peu développée, la mise en œuvre de la CTM en HAD est un challenge. Par rapport à une hospitalisation classique en ETS, la prise en charge à domicile impose une adaptation fonctionnelle et organisationnelle du processus qui ne sera possible que par l'implication des professionnels et une volonté institutionnelle pour une sécurisation optimale de la PECM du patient. Les informations utiles à la PECM du patient, issues du processus de conciliation, devront alimenter les protocoles de soins mis en œuvre au domicile. La prise en charge en HAD offre un espace exceptionnel en termes de performance (efficacité, pédagogie et déploiement) à la CTM, notamment pour les patients chroniques. Ce potentiel doit être exploité. La formation indispensable des acteurs intervenant dans la CTM doit être facilitée par une offre de formation conséquente. Les outils de partage d'information doivent être parallèlement développés afin de faciliter la coordination entre les professionnels de santé.

Toutes les publications de la SFPC sont téléchargeables sur

www.sfpc.eu

Rédacteurs

- Stéphanie Belaiche, Pharmacien, CHU Lille
- Catherine Chenailler, Pharmacien, CHU Rouen
- Anne Daziniéras, Pharmacien, Groupe Korian
- Marine Dellova, Pharmacien, OMEDIT Aquitaine
- Alexandre Dony, Pharmacien, CH Lunéville
- Bernadette Dupire, Pharmacien, Collège des pharmaciens d'HAD
- Valérie Garnier, Pharmacien, Pharmacie Garnier, Meynes
- Julien Gravoulet, Pharmacien, Pharmacie Gravoulet, Leyr
- Bertrice Lourlière, Pharmacien, OMEDIT Aquitaine
- Marie-Lys Le Bellec, Pharmacien, CH Bayeux
- Charlène Lucas, Pharmacien, HIA Begin
- Xavier Pourrat, Pharmacien, CHRU de Tours
- Clarisse Roux-Marson, Pharmacien, CHU de Nîmes

Relecteurs

- Benoit Allenet, Pharmacien, Professeur de pharmacie clinique, CHU Grenoble
- Marie-José Auge-Caumon, Pharmacien, collège des pharmaciens, Agde
- Yves Chatelard, Directeur, Béziers HAD
- Valérie Chedru-Legros, pharmacien, CHU Caen
- Rémy Collomp, Pharmacien, CHU Nice
- Mathieu Colombe, pharmacien, EPSM Caen
- François Couchouron, pharmacien, Pharmacie du Lac, Bordeaux
- Anne-Laure Debruyne, Pharmacien, CH Charles-Perrens
- Bertrand Decaudin, Pharmacien, Professeur de pharmacie clinique, CHU Lille

- Armelle Develay, Pharmacien, CHU Nîmes
- Hervé Garcin, Directeur, HAD 3G Santé Nîmes
- Stéphane Honoré, Pharmacien, Professeur de pharmacie clinique, AP-HM
- Michel Le Duff, Pharmacien, CHU Rennes
- Catherine Leyrissoux, Pharmacien, Pharmacie Leyrissoux, Lanester
- Pierre Pérucho, Médecin, Coordonnateur HAD CH Perpignan
- David Piney, Pharmacien, CH Lunéville
- Rémi Varin, Pharmacien, Professeur de pharmacie clinique, CHU Rouen

Tous les documents SFPC sont téléchargeables à l'adresse

WWW.SFPC.eu



Références

1. FNEHAD. Quest-ce-que-lhad. Consulté le 10 octobre 2016 [Internet]. Available from: <http://www.fnehad.fr/quest-ce-que-lhad>. Consulté le 10 octobre 2016
2. SFPC. Mémo conciliation , <http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/1608-sfpc-memo-conciliation-v2016/0.html>. 2015.
3. Guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf. HAS; 2017.
4. Circulaire DGOS/PF2 no 2012-72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé.
5. Guide_outils_securisation_autoevaluation_administration_medicaments_. HAS; 2013.
6. CIRCULAIRE N°DGOS/PF2//2011/290 du 15 juillet 2011 relative à la convention entre un établissement d'hospitalisation à domicile disposant d'une pharmacie à usage intérieur et le(s) titulaire(s) d'une pharmacie d'officine dans le cadre de l'article R. 5126-44-1 du code de la santé publique.
7. Crotty M, Rowett D, Spurling L, Giles LC, Phillips PA. Does the addition of a pharmacist transition coordinator improve evidence-based medication management and health outcomes in older adults moving from the hospital to a long-term care facility? Results of a randomized, controlled trial. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2(4):257–64.
8. Reidt SL, Larson TA, Hadsall RS, Uden DL, Blade MA, Branstad R. Integrating a pharmacist into a home healthcare agency care model: impact on hospitalizations and emergency visits *Home Healthc Nurse*. 32(3):146–52.
9. Myrka A, Butterfield S, Goss JB, Amin P, Ambrosy S, Woellmer C, et al. A systems-based medication reconciliation process: with implications for home healthcare. *Home Healthc Now*. 2011;29(10):624–635.
10. Fuji KT, Abbott AA. Ensuring effective medication reconciliation in home healthcare. *Home Healthc Now*. 2014;32(9):516–522.

11. Setter SM, Corbett CF, Neumiller JJ, Gates BJ, Sclar DA, Sonnett TE. Effectiveness of a pharmacist-nurse intervention on resolving medication discrepancies for patients transitioning from hospital to home health care. *Am J Health Syst Pharm.* 2009;66(22):2027–31.
12. Kennelty KA, Chewning B, Wise M, Kind A, Roberts T, Kreling D. Barriers and facilitators of medication reconciliation processes for recently discharged patients from community pharmacists' perspectives. *Res Soc Adm Pharm.* 2015 Jul;11(4):517–30.
13. Bruning K, Selder F. From hospital to home healthcare: The need for medication reconciliation. *Home Healthc Now.* 2011;29(2):81–90.
14. Frey D, Rahman A. Medication management: An evidence-based model that decreases adverse events. *Home Healthc Now.* 2003;21(6):404–412.
15. Setter SM, Corbett CF, Neumiller JJ. Transitional care: exploring the home healthcare nurse's role in medication management. *Home Heal Nurse.* 2012;30(1):19–26.
16. Reidt S, Morgan J, Larson T, Blade MA. The role of a pharmacist on the home care team: a collaborative model between a college of pharmacy and a visiting nurse agency. *Home Healthc Now.* 2013;31(2):80–87.

Liste des Abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

BM : Bilan Médicamenteux

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

CSP : Code de la Santé Publique

CTM : Conciliation des Traitements Médicamenteux

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DPC : Développement Professionnel Continu

EHAD : Etablissement d'Hospitalisation à Domicile

EMS : Etablissement Médico-Social

ESMS : Etablissement de Santé Médico-Social

ETS : Etablissement de Santé

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

OMÉDIT : Observatoire des Médicaments des Dispositifs médicaux et des Innovations
Thérapeutiques

PCA : Patient Controlled Analgesia

PECM : Prise En Charge Médicamenteuse

RésOMÉDIT : Réseau des OMÉDITs

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

