

Processus de prescription en maison de repos :
analyses et alternatives

Simon Van Haverbeke

Université Catholique de Louvain

Mémoire de fin d'étude

Master de spécialisation en Médecine Générale

Année académique 2019-2020

Promoteur : Dr Thierry Heijmans

TABLE DES MATIERES

<i>Liste des abréviations</i>	4
<i>Abstract</i>	6
<i>Introduction</i>	8
<i>Approche descriptive et analytique</i>	10
METHODOLOGIE	10
PROCESSUS DE PRESCRIPTION EN MAISON DE REPOS EN WALLONIE	11
ANALYSE DU PROCESSUS ACTUEL	17
Considération déontologique	17
Complexité à risque	18
Législation évasive	20
ALTERNATIVES	22
Logiciel de gestion des DMI avec fonctionnalités pluridisciplinaires	22
Plan d'action e-Santé	23
CONCLUSION	26
ETUDES QUANTITATIVES	27
METHODOLOGIE	27
MEDECINS	28
INFIRMIERS.....	29
PROCESSUS ACTUEL DE PRESCRIPTION EN MRS	30
INTRODUCTION.....	30
PROBLEMES ADMINISTRATIFS ET RELATIONNELS	30
MEDECINS	30
INFIRMIERS.....	32
ERREURS A RISQUE POUR LA SANTE DU PATIENT	34
INFIRMIERS.....	34
MEDECINS	35
PROCESSUS ALTERNATIFS	37

MEDECINS	37
INFIRMIERS.....	38
DISCUSSION	39
Problèmes administratifs et relationnels.....	39
Erreurs à risque pour la santé du patient	40
<i>PROPOSITION DE SOLUTION</i>	42
<i>Conclusion</i>	43
<i>Bibliographie</i>	44
ANNEXES	47

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier mon promoteur, Docteur Thierry Heijmans, pour son soutien et ses conseils.

Je voudrais également remercier Sandrine, Cynthia, Brigitte et Annick, infirmières en maison de repos pour leurs explications, ainsi que tous les médecins et infirmiers qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire.

Merci aussi à ma famille pour leur implication dans la dernière ligne droite.

Enfin, je tiens à préciser le contexte dans lequel j'ai réalisé ce travail. En effet, mon maître de stage et promoteur, le Docteur Thierry Heijmans, est hospitalisé à ce jour, date butoire pour la remise de ce travail, depuis deux mois et demi. Par conséquent, j'ai dû assurer seul les consultations parallèlement à la rédaction de ce travail.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

COVID-19 : *Coronavirus disease*, année 2019

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie Invalidité

RID : identifiant Recip-e

SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale

AVIQ : Agence wallonne pour une Vie de Qualité

DMI : Dossier Médical Informatisé

DCI : Dénomination Commune Internationale

ABSTRACT

INTRODUCTION : En ce début d'année 2020, la prescription en médecine générale a évolué rapidement. Le contexte de pandémie COVID a nécessité des adaptations et a mis en exergue des inconvénients du processus actuel de prescription en maison de repos.

OBJECTIFS : Ce travail a comme objectifs d'analyser le processus actuel de prescription en maison de repos en Région Wallonne, afin d'en formuler des alternatives et d'évaluer la nécessité de les implémenter.

METHODES : Deux approches sont appliquées. La première est une analyse des processus actuels de prescription en maison de repos et de leurs alternatives via trois étapes :

- une schématisation des processus issue d'une recherche de littérature et d'expériences personnelles
- une analyse objective, conceptuelle et légale des processus
- une recherche de littérature sur les alternatives possibles

La seconde est une étude quantitative sur l'expérience du processus de prescription en maison de repos selon les médecins et les infirmières, et leur motivation à l'implémentation d'une alternative.

RESULTATS : L'analyse descriptive révèle la complexité des processus actuels de prescription en maison de repos. En effet, ceux-ci comprennent de nombreuses étapes et impliquent plusieurs moyens de communication différents. Cette complexité génère des risques pour la santé du patient ainsi que des problèmes administratifs et relationnels. L'utilisation de processus suscite un questionnement d'ordre déontologique, et ce d'autant plus qu'il n'est soumis à aucune réglementation.

L'étude quantitative corrobore les risques induit par ce processus. Trois-quarts des médecins reconnaissent constater au moins un fois par an des erreurs à risque pour la santé du patient. Les infirmiers quant à eux sont en position centrale dans ce processus. Dès lors, en cas d'erreurs relatives à une prescription, un tiers affirment subir au mois une fois par mois, les griefs par les médecins, et la moitié d'entre eux, sur la même période, disent recevoir les constestations des familles. Quatre-vingt-cinq pourcents des médecins ont fait part de leur intérêt pour un processus alternatif.

CONCLUSIONS : Outre des erreurs à risque pour le patient, le processus de prescription en maison de repos induit des problèmes administratifs et relationnels. Ces conséquences sont inhérentes au processus, contrairement aux considérations des médecins et des infirmiers.

INDEXATION

- Qualité des soins (QT3)
- Coordination des soins (QS33)
- Référence à un home de personnes âgées (68.003)
- Recherche par étude mixte (QR33)

INTRODUCTION

En ce début de l'année 2020, la prescription en médecine générale a connu une évolution considérable.

Le 1er janvier de cette année, la prescription électronique est devenue obligatoire au cabinet de médecine générale. (1) La mise en application de l'étape suivante, la dématérialisation de la prescription, n'était pas encore prévue. (2)

Cependant, le 16 mars, trois mois et demi après l'obligation de la prescription électronique, le confinement imposé par la pandémie COVID-19 précipite le passage à cette étape. En effet, les médecins sont contraints de consulter par téléphone ou vidéoconférence. Cette situation nécessite une transmission des prescriptions électroniques via un moyen de communication numérique. Pour respecter les dispositions RGPD, l'INAMI propose la transmission au patient du code RID (code-barre unique pour chaque prescription) par mail ou téléphone. (3)

A contrario, le processus de prescription en maison de repos reste inchangé. Considérée comme « situation exceptionnelle » dans la loi de la prescription électronique, la prescription en maison de repos nécessite toujours une signature manuscrite. Les médecins continuent de signer des prescriptions papier générées et imprimées par les infirmiers ou les pharmaciens. En outre, le dossier patient est uniquement accessible à la maison de repos, sauf initiative de dédoublement du dossier médical par le médecin, solution qui s'avère chronophage.

Par conséquent, depuis le confinement imposé par la pandémie COVID-19, deux processus sont utilisés pour régulariser les prescriptions en maison de repos. Soit, le médecin reçoit par la poste des « ordonnances dues » à signer et renvoyer par la poste. Ce procédé est laborieux. Soit, les prescriptions sont envoyées par mail et les prescriptions électroniques équivalentes sont demandées par retour de mail. Ce fonctionnement n'est pas conforme aux normes RGPD. Dans les deux cas, le médecin n'a pas accès au schéma de médication. Ce qui est particulièrement interpellant sachant que 83 % des résidents en maison de repos sont polymédiqués (consomment plus de 5 médicaments par jour). (4)

En conclusion, le contexte actuel met en exergue certains inconvénients du processus de prescription en maison de repos. Au vu de cette situation, existe-t-il des alternatives au processus actuel de prescription en maison de repos, plus efficaces en termes de temps et de sécurité ?

Ce travail aborde le processus de prescription en maison de repos par deux approches. Afin de formuler des alternatives, la première partie est une approche descriptive et analytique du

processus actuel de prescription en maison de repos. La deuxième partie évalue la prévalence des erreurs liées au processus actuel de prescription en maison de repos via une étude quantitative auprès des médecins et des infirmiers. Enfin, leur avis sur les éventuelles alternatives est pris en considération.

APPROCHE DESCRIPTIVE ET ANALYTIQUE

Cette première partie comprend, outre la méthodologie et la conclusion, trois chapitres :

- Description du processus actuel de prescription en maison de repos
- Analyse objective, déontologique et légale du processus
- Recherche et analyse des projets disponibles (ou en cours d'élaboration) comme alternatives au processus actuel de prescription

METHODOLOGIE

La description du processus résulte d'une succession de réflexions. Dans un premier temps, j'ai effectué une revue de littérature avec les moteurs de recherche Google Scholar, Pubmed et Cochrane ainsi que les termes de recherche *nursing home, residential care, medicines pathways, prescription process, medication process*. À l'issue de cette recherche, j'ai conservé plusieurs études réalisées à l'étranger qui analysent les erreurs liées au processus de prescription, la plupart en maison de repos. Cependant, chaque pays a développé un système de santé qui lui est propre. En Belgique, depuis la sixième réforme de l'État, les maisons de repos sont une compétence fédérée. Je me suis concentré sur les normes wallonnes. (5)

Par conséquent, dans un souci de clarté, j'ai décidé de schématiser le processus de prescription utilisé en pratique dans les maisons de repos wallonnes. Deux sources ont été consultées. Premièrement, je me suis référé aux étapes théoriques du processus de prescription en maison de repos définie par une étude belge réalisée par Strauven and al. intitulée « *Development of a process-oriented quality improvement strategy for the medicines pathway in nursing homes using the SEIPS model* » (6) Deuxièmement, j'ai intégré ces étapes théoriques aux observations sur le terrain et aux échanges avec les infirmiers lors de mes visites en maison de repos dans les communes de Sombreffe, Gembloux, Fleurus et Sambreville. Enfin, le résultat de ce travail a été validé par trois des infirmiers.

L'analyse des processus actuels de prescription en maison de repos est divisée en trois sections résultant de réflexions développées dans le premier chapitre. Outre les études citées dans le paragraphe précédent, les notions conceptuelles et légales sont également mentionnées sur les sites de l'INAMI (7), de l'AVIQ (8), du SPF Santé Publique (9), et de l'Ordre des médecins (10).

Les alternatives aux processus actuels mentionnées dans le dernier chapitre proviennent aussi des sites de l'INAMI (11) (12) et du SPF avec le « Plan d'actions eSanté » (2).

PROCESSUS DE PRESCRIPTION EN MAISON DE REPOS EN WALLONIE

Un flux important de médicaments s'opère au sein des maisons de repos.

Selon les chiffres de 2018, en Wallonie, une maison de repos s'occupe en moyenne de 88 résidents. (13) Et d'après Farmaka, 85 % de ces personnes consomment quotidiennement plus de 5 médicaments. (4) Nous pouvons donc estimer qu'au minimum 374 médicaments sont administrés chaque jour dans une maison de repos. Au vu des risques de chacun de ces gestes, un système de régulation efficace est indispensable.

Une médication en maison de repos passe par sept étapes : la prescription, la commande, la délivrance, le stockage, la préparation, l'administration et le monitoring. (6)

Trois intervenants se partagent ces étapes : les infirmiers, les pharmaciens et les médecins.

Quatre de ces étapes sont prises en charge par les infirmiers. Le médecin est responsable de la première, la prescription. La dernière est effectuée par les médecins et les infirmiers, et influence cette première. À cet effet, il existe un consensus sur une visite de contrôle mensuelle du médecin généraliste en maison de repos. Lors de cette visite, après avoir examiné le patient, le médecin détermine le schéma de médication, base du traitement administré, et édite les prescriptions nécessaires pour le mois suivant.

Ce travail se concentre sur les interventions pratiques liées à la prescription en maison de repos. Bien que le médecin soit responsable de cette étape, en pratique, certaines opérations sont déléguées à l'infirmier ou au pharmacien. Dès lors, une schématisation de ce processus de prescription permet de déterminer le rôle de chaque intervenant. À l'issue de ma recherche, j'ai distingué trois processus de prescription. La génération des prescriptions pour les médications chroniques est opérée par un intervenant différent dans chaque processus. Au contraire, dans tous les autres processus, les nouvelles médications sont rédigées à la main par le médecin, et le schéma de médication est généré par l'infirmier, vu sa responsabilité dans l'administration des médicaments.

Pour faciliter la compréhension de l'origine de chaque processus, ceux-ci sont décrits dans un ordre chronologique.

Le premier processus est celui utilisé traditionnellement en maison de repos. Le médecin rédige des prescriptions manuscrites sur base d'une liste établie par l'infirmier, et valide le schéma de médication imprimé. (Figure 1)

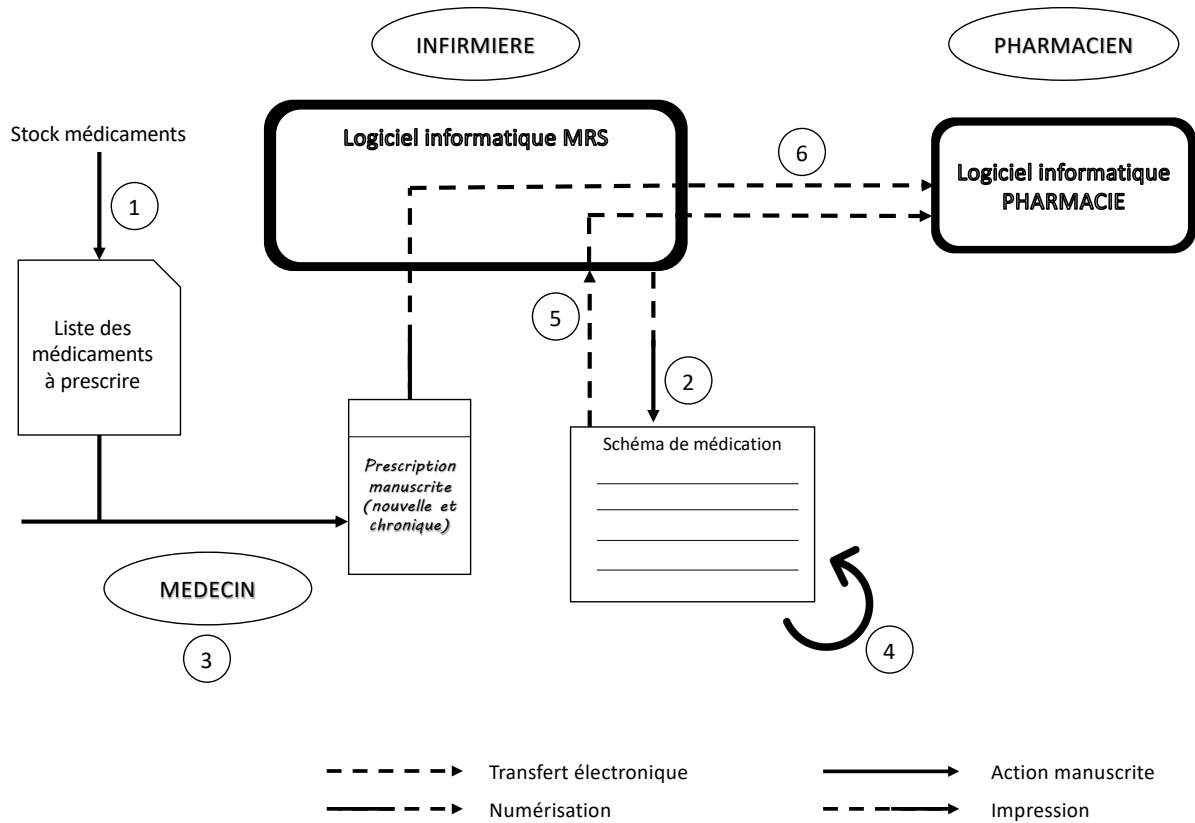


Figure 1. Processus de prescription traditionnel

1. Inventaire du stock de médicaments par les infirmiers
2. Impression du schéma de médication par les infirmiers
3. Retranscription par le médecin de la liste de médicaments à prescrire en prescription manuscrite
4. Validation/Signature du schéma de médication par le médecin
5. Encodage par les infirmiers des modifications du schéma de médication dans le logiciel de la MRS, puis envoi par canal sécurisé à la pharmacie
6. Numérisation des prescriptions signées et des prescriptions manuscrites, et envoi par canal sécurisé à la pharmacie

Ce processus n'est pratiquement plus utilisé aux dépens des deux suivants.

En effet, depuis quelques années, la technologie permet la génération automatique des prescriptions par un logiciel. Ce dernier génère une prescription pour un médicament défini une semaine avant la pénurie calculée d'après le stock encodé pour ce médicament. Le stock dépend du nombre de médicaments apportés par le résident depuis son domicile et d'éventuelles hospitalisations. Cette étape est gérée par les infirmiers. Par conséquent, ce sont eux qui se chargent de générer les prescriptions dans le deuxième processus. (Figure 2)

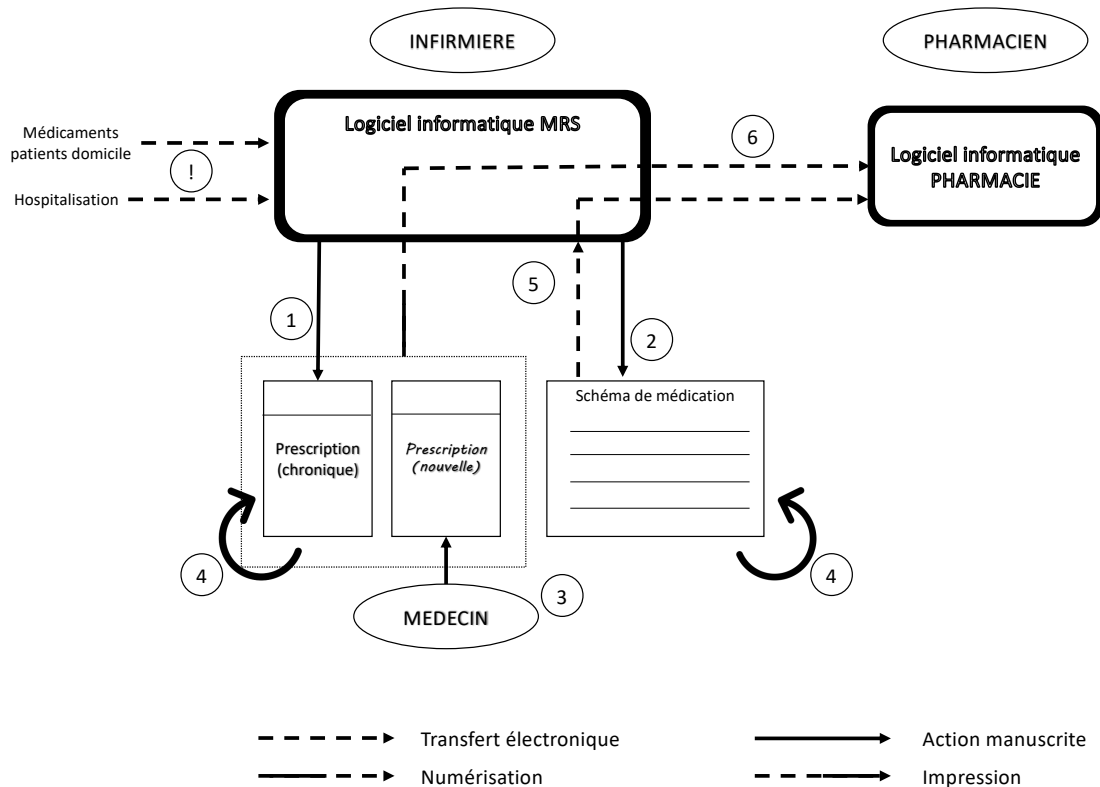


Figure 2. Processus de prescription infirmier

1. Génération des prescriptions pour les médicaments chroniques par le logiciel de la MRS, et impression par les infirmiers
2. Impression du schéma de médication par les infirmiers
3. Rédaction manuscrite de prescriptions pour de nouvelles médicaments
4. Validation/Signature par le médecin des prescriptions et du schéma de médication
5. Encodage par les infirmiers des modifications du schéma de médication dans le logiciel de la MRS
6. Numérisation des prescriptions, et envoi par canal sécurisé à la pharmacie

! Encodage systématique des hospitalisations et des médicaments dans le logiciel

Ce processus de prescription offre un gain de temps pour les infirmiers et les médecins. Il limite également les erreurs liées aux oublis de commande et à l'inintelligibilité de l'écriture manuscrite du médecin. (14)

En 2012, afin de limiter le risque d'erreurs liées à la préparation et à l'administration des médicaments, l'INAMI établit les règles de la Préparation de Médication Individuelle (PMI). L'opération, réalisée manuellement par le pharmacien ou électroniquement par un robot, « consiste à enlever de leur conditionnement primaire un ou plusieurs médicaments, et ensuite, le cas échéant, de les grouper dans un seul conditionnement fermé d'administration individuelle, destiné à un patient individuel à un moment déterminé » (15)

Ensuite, en 2015, dans un souci de réduction budgétaire, l'INAMI impose au pharmacien de maison de repos la Tarification à l'Unité (TàU). (16) La TàU implique la facturation d'une médication orale, solide et remboursable selon le prix unitaire issu du plus grand conditionnement disponible.

En combinant le principe de la PMI et celui de la TàU, les conditionnements sont virtuels et leur taille n'influence pas le prix des médicaments. Le logiciel de la pharmacie convertit virtuellement les médicaments délivrés en conditionnements disponibles.

Par conséquent, dans le troisième processus, la génération de prescription est transférée des infirmiers aux pharmaciens. (Figure 3)

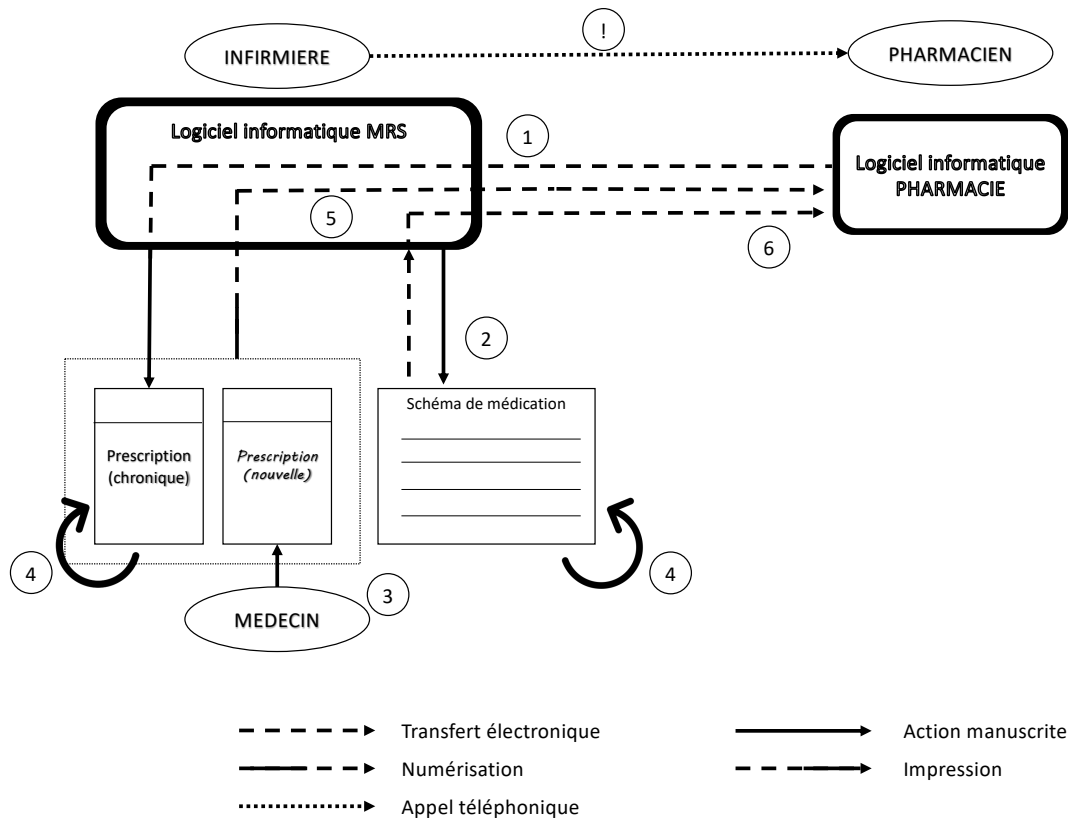


Figure 3. Processus de prescription pharmacien

1. Génération des prescriptions numériques pour les médicaments chroniques par le logiciel de la pharmacie, envoi par mail aux infirmiers, puis impression
2. Impression du schéma de médication par les infirmiers
3. Rédaction manuscrite de prescriptions pour de nouvelles médicaments
4. Validation/Signature par le médecin des prescriptions et du schéma de médication
5. Numérisation des prescriptions signées et des prescriptions manuscrites, et envoi par mail à la pharmacie
6. Numérisation du schéma de médication modifié, et envoi par canal sécurisé à la pharmacie

! Avertissement du pharmacien en cas d'hospitalisation ou de décès d'un patient, par les infirmiers

Les avantages de ce processus sont la réduction des risques liés à la préparation et à l'administration des médicaments, ainsi que la diminution du stockage de médicaments à la maison de repos.

En conclusion, les deux derniers processus de prescription impliquent un gain de temps pour l'infirmier et le médecin, et limitent les risques liés aux étapes ultérieures gérées par les infirmiers.

Ces adaptations récentes s'accompagnent d'une complexification du processus avec des besoins communicationnels accrus. En effet, bien que les infirmiers ou les pharmaciens génèrent les prescriptions, le médecin, responsable, doit toujours vérifier et valider de façon manuscrite les prescriptions et le schéma de médication.

En outre, ces processus sont souvent employés simultanément en fonction des médications prescrites. Les prescriptions pour les médications entrant dans la PMI (orales et sèches) sont générées par le pharmacien, les autres le sont par les infirmiers. Enfin, le logiciel du pharmacien ou celui de l'infirmier prévoit un dédoublement systématiquement de la prescription d'une nouvelle médication chronique. Pour rappel, les prescriptions pour les nouvelles médications sont rédigées à la main par le médecin.

ANALYSE DU PROCESSUS ACTUEL

La description des processus actuels de prescription en maison de repos suscite trois réflexions.

- Tous les processus sont basés sur un principe de vérification des prescriptions et du schéma de médication par le médecin, au lieu de la démarche anticipative utilisée en ambulatoire. Un tel processus de prescription est-il conforme à la déontologie médicale ?
- Les processus comprennent de nombreuses étapes et supposent le recours à plusieurs moyens de communication différents. Plus un processus est complexe, plus le risque de générer des erreurs est important. Quel est le risque d'erreurs potentiellement générées par cette complexité ?
- La génération des prescriptions est réalisée par un intervenant différent (médecins, infirmières ou pharmaciens) dans chacun des processus. Qui détermine le processus de prescription en maison de repos ?

CONSIDÉRATION DÉONTOLOGIQUE

Le huitième article de la déontologie médicale stipule que :

« Le médecin organise sa pratique de telle sorte qu'il puisse exercer sa profession à un niveau de haute qualité et de sécurité, assurer la continuité des soins et respecter la dignité et l'intimité du patient. » (10)

L'organisation de la prescription en maison de repos garantit-elle la qualité et la sécurité requises ? Pour tenter de répondre à cette question, nous nous référons au principe de vérification des prescriptions et au schéma de médication.

Premièrement, l'application du principe de vérification induit des étapes supplémentaires au processus de prescription. Toute étape supplémentaire génère un risque d'erreurs (cfr chapitre suivant).

Deuxièmement, en maison de repos, le médecin contrôle des actions réalisées parfois plusieurs jours auparavant, alors que ces actions relèvent de ses compétences et de sa responsabilité. Cette vérification porte sur l'adéquation du traitement et sur les erreurs éventuelles dans les prescriptions et le schéma de médication. Cette tâche dont la responsabilité incombe au médecin est dans les faits assurée principalement par les infirmiers ou les pharmaciens.

Par conséquent, en tant que prescripteur, le médecin est tenu non seulement de garantir la qualité, mais également d'assurer un processus de prescription qui minimise les erreurs.

Actuellement, le gain de temps pour le médecin prime sur la sécurité du patient et la charge de travail pour les infirmiers.

Dans le même ordre d'idée, le premier article du résumé des Droits du patient intitulé « Bénéficiaire d'une prestation de soins de qualité » spécifie : « *Chaque patient reçoit au vu de ses besoins, les meilleurs soins possible en fonction des connaissances médicales et de la technologie disponible* » (9). Cet article intègre la technologie à la pratique médicale. Cette notion est développée dans la troisième partie de ce texte (« Contexte actuel »).

COMPLEXITÉ À RISQUE

Chaque processus est composé d'un nombre élevé d'étapes et suppose le recours à plusieurs moyens de communication différents. Cette complexité génère un risque d'erreurs.

Cette complexité induit également un sentiment de déresponsabilisation face aux erreurs objectivées. (17) (18) En effet, dans la mesure où il est parfois difficile de déterminer la source de l'erreur, et que chaque intervenant est dépendant d'un autre pour effectuer une opération, médecin, infirmiers et pharmacien se déchargent de toute responsabilité. Ce renvoi de l'erreur à un autre intervenant apparaît dans plusieurs opérations et est susceptible d'engendrer des **problèmes relationnels**.

Sur base des schémas précédents, les potentielles erreurs sont énoncées dans cette partie. L'estimation de leur prévalence est ensuite sondée dans l'étude quantitative .

Le système traditionnel est chronophage tant pour le médecin que pour les infirmiers Ce processus augmente également le risque d'oubli de prescription et de retard de commande. Pour ces raisons, ce processus est de moins en moins utilisé. Il n'est pas considéré dans les analyses suivantes.

Au cours de ces processus, chaque opération est source d'erreurs. (19) Les opérations sont similaires entre les deux processus, les intervenants sont différents. (Figures 2 et 3) Outre les problèmes relationnels, trois autres sont mis en évidence.

Opération ① et ⑤ : **Diversité des moyens de communication**

La communication médecin-infirmier-pharmacien est linéaire, les infirmiers étant au centre de ce processus. De plus, les infirmiers communiquent par format papier avec les médecins et par

voie informatique avec les pharmaciens, avec un risque d'oubli et de délais de transmission de l'information. L'absence de synchronisation entre les logiciels peut également être épinglée comme source d'erreurs.

Ainsi, une étude quantitative souligne également ce type d'erreur, et l'associe à un manque de communication entre les intervenants. (14)

Ce format papier ne permet pas non plus de prescrire ou de vérifier un schéma de médication à distance. Cette fonctionnalité pourrait être utile pour une vérification rapide du schéma de médication lors d'un retour d'hospitalisation ou lors de visite chez un spécialiste. (20)

Enfin, en l'absence de communication entre le médecin et le pharmacien, la vérification des interactions possibles dans le schéma de médication par le pharmacien est quasi inexistante. À ce propos, une étude allemande souligne la nécessité d'une meilleure communication entre tous les intervenants pour limiter les erreurs liées au processus de prescription en maison de repos. (21)

Opération ② et ⑥ : **Délégation des compétences**

Les infirmiers éditent un schéma de médication sur base des annotations manuscrites stipulées sur le schéma de médication imprimé et des prescriptions manuscrites pour les nouvelles médications. L'ambiguïté des prescriptions, leur interprétation par les infirmiers et le risque engendré, sont des notions connues tant dans le milieu hospitalier (22) qu'en la maison de repos (14). D'après l'étude en milieu hospitalier, l'étape la plus à risque dans un processus de soins est la transcription des informations du médecin par les infirmières. En maison de repos, une médication peut par ailleurs être administrée par erreur pendant un mois.

Opération ③ : Les risques liés à cette opération sont développés dans les deux paragraphes précédents.

Opération ④ : **Problèmes administratifs**

Lors de chaque visite mensuelle, le médecin est tenu de vérifier la qualité des prescriptions (les médicaments prescrits) et la quantité (le nombre de médicaments prescrits), avant leur signature. En pratique, cette opération peut être négligée par le médecin.

En effet, au cours des processus décrits, le médecin est déchargé de la génération des prescriptions pour les médications chroniques. La vérification du schéma de médication est suffisante pour assurer une administration correcte du traitement au patient. La signature des

prescriptions pour les médications chroniques peut être considérée comme administrative. Dès lors, déresponsabilisé, le médecin peut oublier de signer les prescriptions imprimées pour les médications chroniques.

Ensuite, l'existence conjointe de deux logiciels de génération de prescription non synchronisés et le dédoublement systématique de la prescription d'une nouvelle médication entravent la vérification de la prescription par le médecin. Les prescriptions imprimées issues des deux logiciels sont empilées et le contenu de ses prescriptions ne correspond pas systématiquement à la consommation mensuelle.

LÉGISLATION ÉVASIVE

D'après le règlement des maisons de repos, signé par l'AVIQ, les gestionnaires de maison de repos sont dans l'obligation de proposer un « règlement général de l'activité médical » qui définit les droits et obligations des médecins actifs dans la maison de repos. Ce règlement énonce notamment certains devoirs des médecins :

« (...) l'engagement des médecins généralistes de participer à une politique médicale cohérente au sein de la maison de repos et de soins, notamment en matière de prescription de médicaments, de dispensation de soins de qualité, de concertation pluridisciplinaire et de concertation avec le médecin coordinateur et conseiller ». (8)

Une « participation à une politique médicale en matière de prescription et de dispensation de soins de qualité » comprendrait-elle une contribution aux stratégies d'amélioration du processus de prescription ? Le médecin généraliste aurait-il un devoir envers ses patients de favoriser un processus de prescription minimisant les erreurs ?

En pratique, les réponses à ces questions ne sont que trop peu prises en compte. En effet, les médecins y accordent peu d'importance étant donné qu'ils ne sont pas contraints légalement de signer ce règlement. Par conséquent, cette condition ne leur confère aucun pouvoir sur les stratégies générales de fonctionnement de la maison de repos, tel que le processus de prescription. Le médecin coordinateur et conseiller (MCC) possède un pouvoir consultatif au sein de la maison de repos. Bien que son avis soit susceptible d'être pris en considération, il n'a pas de pouvoir décisionnel sur le fonctionnement. In fine, le processus de prescription en maison de repos dépend des accords entre la pharmacie et le gestionnaire de la maison de repos. Le médecin traitant doit se soumettre au processus appliqué. À cet effet, il est intéressant de citer le travail de Stephen O'Brien sur la commercialisation des maisons de repos à Bruxelles.

(23) Bien qu'il se soit concentré sur la situation bruxelloise, une extrapolation d'une de ses

20

conclusions est possible au niveau wallon. Il met en évidence, dans les institutions privées, une vision lucrative des gestionnaires de maison de repos, avec une péjoration de la qualité des soins.

Bien que la réglementation sur le processus de prescription en maison de repos ne soit pas précise, il existe néanmoins un contrôle de la qualité des soins en maison de repos. Cette fonction est occupée par l'AVQ depuis la 6^e réforme de l'État. (5)

Cependant, les contrôles de l'AVIQ sont concentrés sur des résultats facilement accessibles, tels que le contenu des prescriptions, le nombre d'hospitalisations, etc. (24) La mise en évidence des erreurs liées au processus de prescription nécessiterait une étude plus approfondie.

ALTERNATIVES

Une prescription dématérialisée, lisible et complète ainsi qu'une mise à jour automatique du DMI (25), sont les avantages de la prescription électronique par rapport à la prescription telle que décrite dans l'analyse précédente.

Dès lors, obligatoire au cabinet de médecine générale depuis le 1^{er} janvier de cette année, pourquoi la prescription électronique n'est pas imposée en maison de repos ?

Sur base de l'analyse précédente, deux conditions préalables sont nécessaires à son application en maison de repos :

- Accessibilité au DMI en maison de repos.
- Possibilité de prescrire pour une durée déterminée (en DCI), ou accessibilité aux données sur le stock de médicaments.

À cet effet, de nouvelles fonctionnalités des logiciels médicaux et deux initiatives fédérales remplissent ces conditions.

LOGICIEL DE GESTION DES DMI AVEC FONCTIONNALITÉS PLURIDISCIPLINAIRES

Les logiciels médicaux de gestion des DMI développent des fonctionnalités pluridisciplinaires. Ces fonctionnalités répondent à un objectif de centralisation sur le dossier patient des logiciels médicaux avec un accès en fonction des compétences. Dans le cas des maisons de repos, un logiciel commun aux infirmières, aide-soignantes, pharmaciens et médecins permettrait à chacun d'avoir accès aux informations encodées par les autres intervenants en fonction de ses compétences.

Cette recherche nous a amenés à considérer que le système le plus efficient serait un logiciel médical commun à toutes les professions médicales gérées par le Fédéral et centré autour du dossier patient, chaque intervenant possédant les accès au DMI en fonction de ses compétences. Toutefois, dans un système de santé tel que le nôtre, le Fédéral n'est pas habilité à imposer l'utilisation d'un logiciel commun à tous les prestataires de soins. Par conséquent, il a créé une plateforme sécurisée et accessible par tous les logiciels médicaux validés pour faciliter l'échange d'informations entre les différents praticiens (« plateforme eHealth »). Cette fonctionnalité est développée au point suivant.

PLAN D'ACTION E-SANTÉ

Le « Plan d'actions e-Santé » est un projet fédéral visant à améliorer la qualité des soins via l'informatisation. (2) Ce projet définit des services numériques à disposition des citoyens et prestataires de soins de santé. La pertinence pragmatique de ces services est évaluée régulièrement, et d'éventuelles modifications y sont apportées.

Une plateforme numérique sécurisée, nommée eHealth, héberge la majorité des services proposés. Cette plateforme permet le partage d'informations médicales sur les patients. L'accès à ces informations est sécurisé par un lien thérapeutique et une certification du praticien ou du patient lui-même.

Deux services disponibles sur la plateforme eHealth concernent la prescription ou le schéma de médication : PARIS et SUMEHR. Un projet d'intégration de ces deux services, nommé VIDIS, est en cours d'élaboration.

Les conditions sine qua non à tout service proposé sont la protection et la transparence sur l'utilisation des données médicales (« normes RGPD »). Le respect de ces conditions nécessite des systèmes de vérification d'identité et de sécurité informatique efficaces qui sont à l'heure actuelle par encore performants.

- PARIS (Prescription & Autorisation Requesting Information System) et SUMERH (SUMmarized Electronic Health Record) (11) (2)

PARIS est une application qui permet d'établir une prescription électronique depuis un navigateur web avec une authentification électronique. Ce système de prescription est peu utilisé, et peut être considéré comme une application de transition. En effet, en l'absence de synchronisation avec le dossier patient du DMI, elle n'apporte pas de plus-value pour le médecin ou les infirmières.

SUMEHR est un résumé des antécédents et du schéma de médication publié par le médecin traitant sur la plate-forme eHealth. Certains logiciels médicaux publient systématiquement un SUMEHR après une consultation. Cependant, ce schéma de médication n'est pas accessible aux pharmaciens qui, quant à eux utilisent, le Dossier Pharmaceutique Partagé (DPP). Il est regrettable de constater qu'il n'existe aucune synchronisation entre ces deux schémas de médication numériques.

En conclusion, ces deux applications disponibles sont peu pratiques pour la prescription en maison de repos, et représentent des applications de transition.

- **VIDIS (Virtual Integrated Drug Information System) (7)**

Avec un objectif d'interopérabilité des schémas de médication et de simplification de la prescription, l'INAMI élabore un service nommé VIDIS. Ce service, logé sur la plate-forme eHealth, propose un schéma de médication auquel est intégrée la prescription électronique. Le médecin prescrit un médicament pour une durée définie. Le pharmacien indique les médicaments délivrés. Les données sont échangées entre les deux prestataires. Ce service offre un schéma de médication unique partagé par le médecin et le pharmacien. Le projet n'est pas spécifiquement développé pour les maisons de repos.

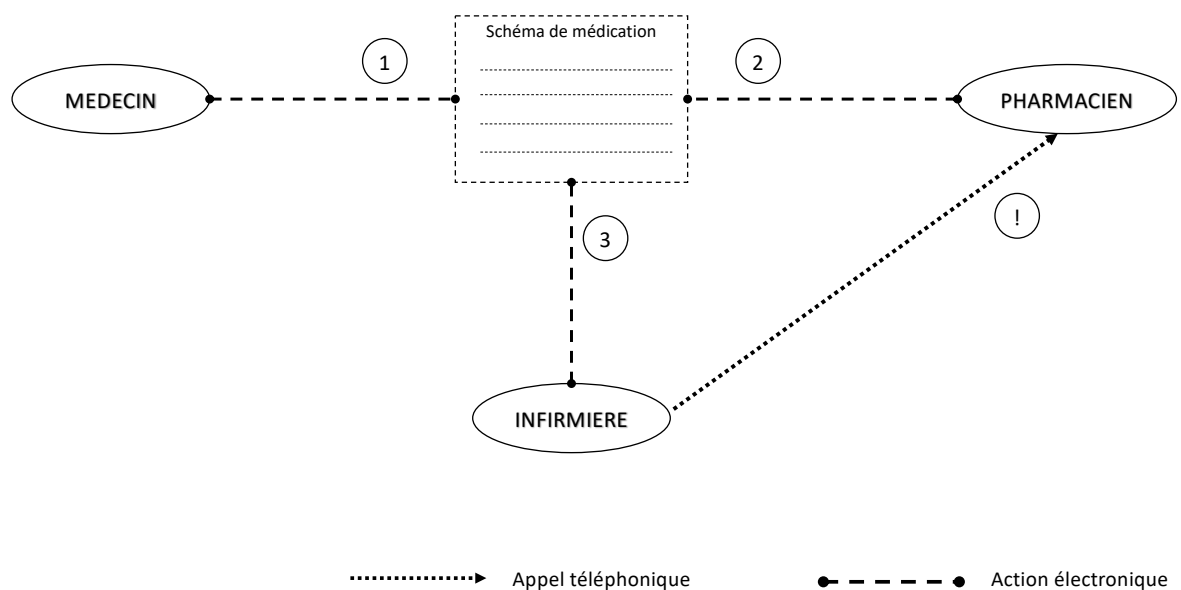


Figure 4. Processus de prescription via VIDIS

1. Modification du schéma de médication numérique et autorisation de délivrance de médicaments pour une durée déterminée, par le médecin
2. Visualisation du schéma de médication et encodage des médications délivrées, par le pharmacien
3. Visualisation du schéma de médication par les infirmiers

! Avertissement du pharmacien en cas d'hospitalisation ou de décès d'un patient, par les infirmiers

Les avantages de ce système de prescription sont nombreux. Ils répondent aux problèmes des processus actuels avec comme finalité une amélioration de la sécurité pour le patient :

- Moyen de communication unique
- Aux normes RGPD
- Gain de temps pour les infirmières.
- Prescription et modification à distance du schéma de médication

Les inconvénients sont essentiellement d'ordre pratique.

CONCLUSION

La complexité du processus actuel de prescription en maison de repos est source d'erreurs à risque pour la santé du patient. De plus, dans ce système complexe, chaque intervenant peut se sentir déchargé de toute responsabilité. Le médecin est contraint de participer à un processus au cours duquel il délègue certaines de ses compétences aux infirmiers.

Or, en ce début d'année 2020, la technologie offre l'opportunité d'améliorer la communication entre les différents intervenants et de simplifier ce processus.

La seconde partie de ce travail est une étude quantitative évaluant la prévalence des erreurs selon les infirmiers et les médecins et leur motivation pour l'implémentation d'une alternative.

ETUDES QUANTITATIVES

Les risques d'erreurs générés par les processus actuels de prescription en maison de repos ont été énoncés. Cette deuxième partie analyse l'estimation de la prévalence de ces risques par les médecins et les infirmiers. Ensuite, leur avis sur l'implémentation de processus alternatifs sera analysé.

Bien que leur implication soit primordiale dans l'implémentation d'un nouveau processus de prescription en maison de repos, les pharmaciens ne sont pas interrogés, et ce pour deux raisons. Les avis des infirmiers et des médecins étaient suffisamment riches en informations. De plus, les pharmaciens sont moins confrontés aux erreurs liées au processus de prescription. En effet, en l'absence de communication médecin-pharmacien en maison de repos, postulat confirmé par l'étude ci-dessous, la vérification du schéma de médication par les pharmaciens est limitée.

METHODOLOGIE

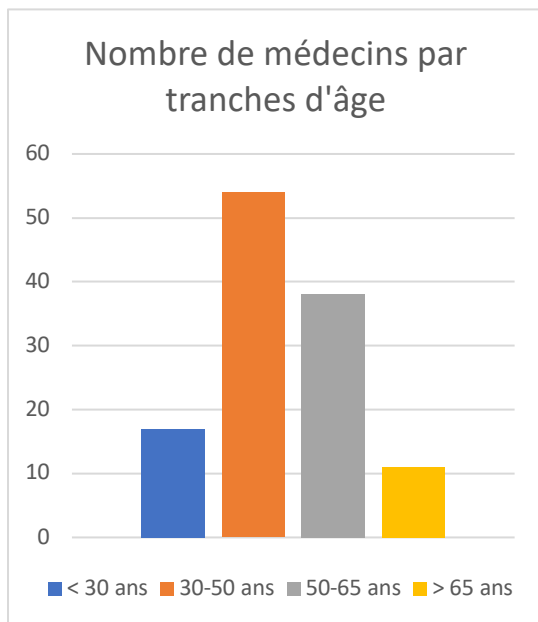
Deux questionnaires électroniques, au format Google Forms, s'adressent spécifiquement aux infirmiers ou aux médecins (cfr Annexe 1 et 2), exerçant en Région Wallonne. La transmission et la récolte de ces questionnaires sont développées dans les sous-chapitres respectifs suivants. La structure des deux questionnaires commune comprend deux parties. Les questions sont issues de l'analyse précédente. La première consiste à sonder l'estimation de la prévalence des erreurs rencontrées auprès de chaque intervenant. À la fin de cette partie, une question ouverte offre la possibilité d'énoncer un avis complémentaire sur la situation. La deuxième évalue l'intérêt pour les processus alternatifs de prescription en maison de repos. Les médecins sont également interrogés sur leur implication dans l'implémentation d'un processus alternatif.

MEDECINS

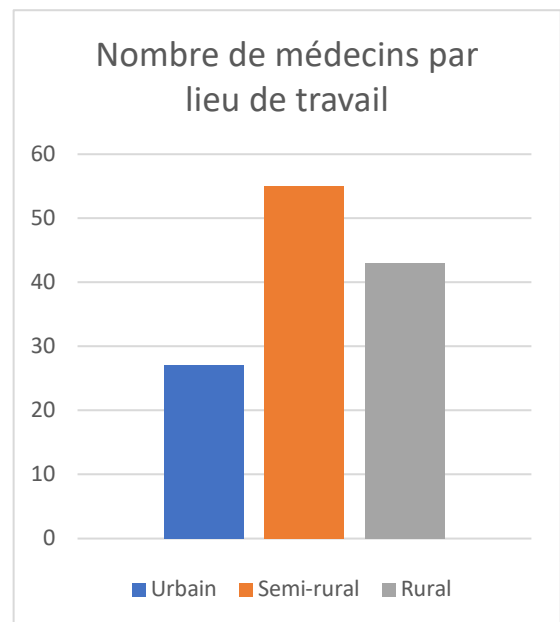
Deux méthodes ont été appliquées pour contacter les médecins, une première par mail et une seconde en présentiel lors d'une rencontre entre médecins.

Après avoir été informés, certains présidents de cercle de médecine générale ont accepté de transférer aux membres de leur cercle le mail contenant le lien pour le questionnaire. Ensuite, lors d'une formation de base de médecin coordinateur et conseiller organisée par la SSMG, les questionnaires ont été complétés sur un format papier par les participants. Je les ai retranscrits sur le site Google Forms.

Cent-huit questionnaires ont été pris en compte. Douze autres questionnaires ont été écartés, car ils n'avaient pas été correctement complétés.



GRAPHIQUE 1 : TRANCHES D'ÂGE DES MÉDECINS

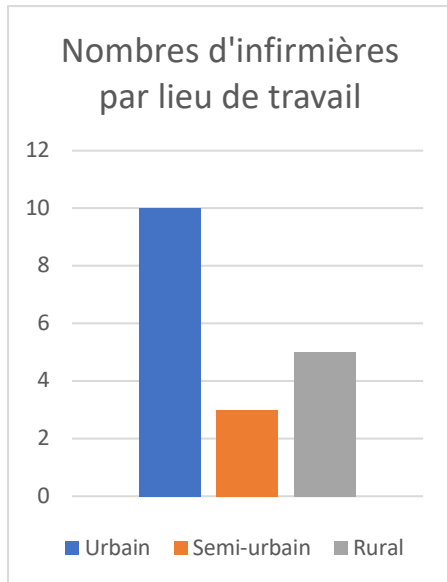


GRAPHIQUE 2 : LIEU DE TRAVAIL DES MÉDECINS

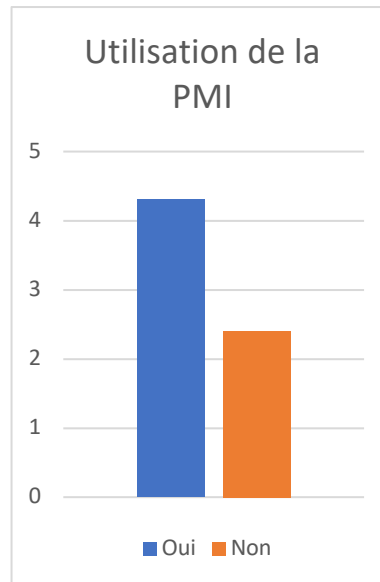
Les caractéristiques des médecins interrogés sont les suivantes. Ils pratiquent dans le Hainaut, le Namurois ou le Brabant Wallon. La courbe des âges des participants s'étend de 25 à plus de 65 ans et suit une courbe de Gauss. La proportion de praticiens exerçant en milieu urbain ou rural est équilibrée. Un quart des participants (27 sur 108) sont médecins coordinateurs et conseillers en maison de repos.

INFIRMIERS

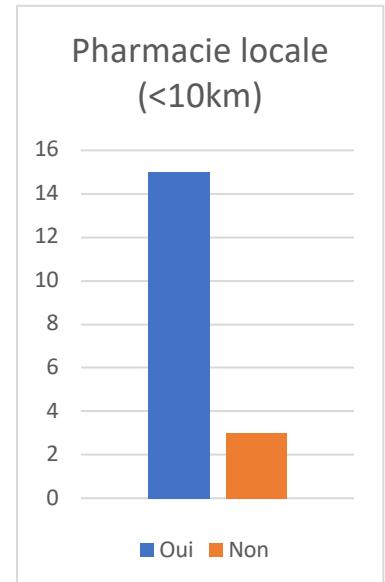
Les infirmiers de maison de repos ont été contactés par téléphone pour obtenir leur adresse mail. Les numéros de téléphone proviennent du site www.maison-de-repos.be. Des maisons de repos wallonnes ont été contactées. Sur la septantaine de questionnaires envoyés, dix-huit ont été complétés et renvoyés.



GRAPHIQUE 3 : LIEU DE TRAVAIL DES INFIRMIÈRES



GRAPHIQUE 4 : AUTOMATISATION DE LA PRÉPARATION DES MÉDICAMENTS



GRAPHIQUE 5 : PROXIMITÉ DE LA PHARMACIE

L'environnement de travail des infirmiers de maison de repos interrogés est principalement urbain. La majorité des pharmacies associées à ces maisons de repos sont localisées à moins de 10km de la maison de repos et travaillent avec la PMI.

PROCESSUS ACTUEL DE PRESCRIPTION EN MRS

INTRODUCTION

Les questions suivantes abordent la prévalence estimée d'erreurs liées au processus actuel de prescription en maison de repos. Les différentes erreurs sont issues de l'analyse de la première partie de ce travail. Par souci de clarté, elles sont scindées en deux sections en fonction de leurs conséquences. Une première section s'intéresse aux erreurs qui engendrent des problèmes administratifs et relationnels. La seconde aborde les erreurs avec un risque direct pour la santé du patient.

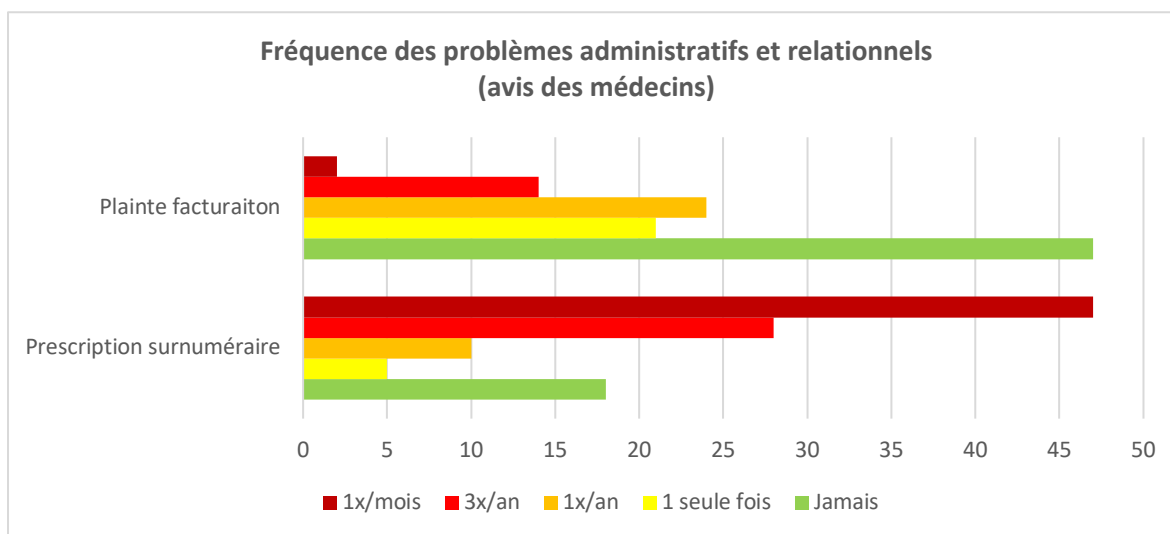
Une dernière section analyse les réponses à la question ouverte posée au médecin interrogant sur les disparités entre maisons de repos.

PROBLEMES ADMINISTRATIFS ET RELATIONNELS

MEDECINS

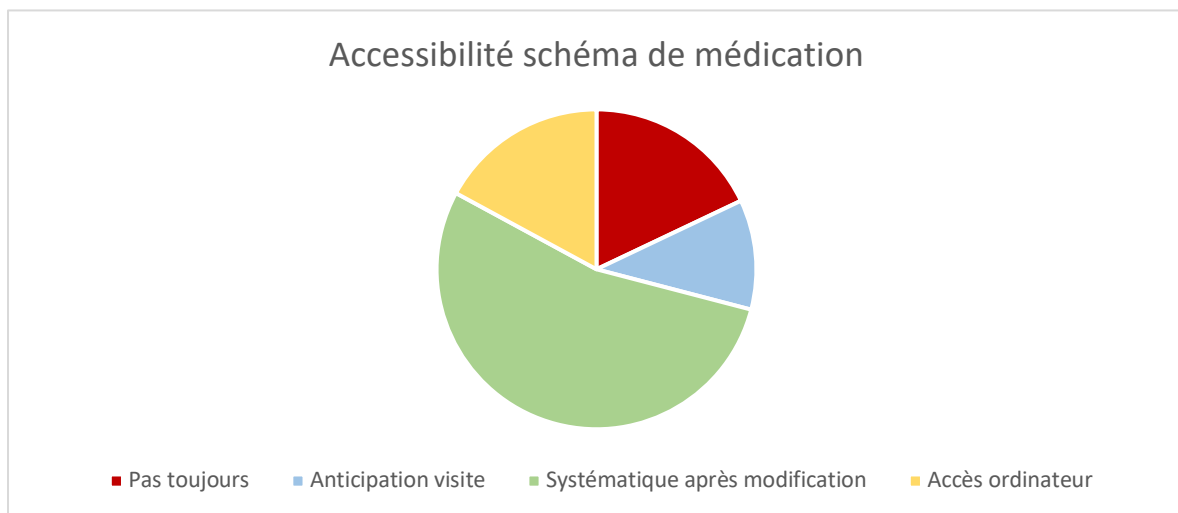
Les médecins sont interrogés sur quatre questions qui abordent les problèmes administratifs et organisationnels du processus actuel de prescription en maison de repos.

- Avez-vous déjà eu l'impression de signer des prescriptions surnuméraires lors de la visite mensuelle ?
- Avez-vous déjà reçu une plainte vis-à-vis de la facturation de médicaments pour un patient en maison de repos ?
- Avez-vous toujours accès au traitement à jour des résidents en maison de repos ?
- Avez-vous des contacts avec les pharmaciens de maison de repos ?



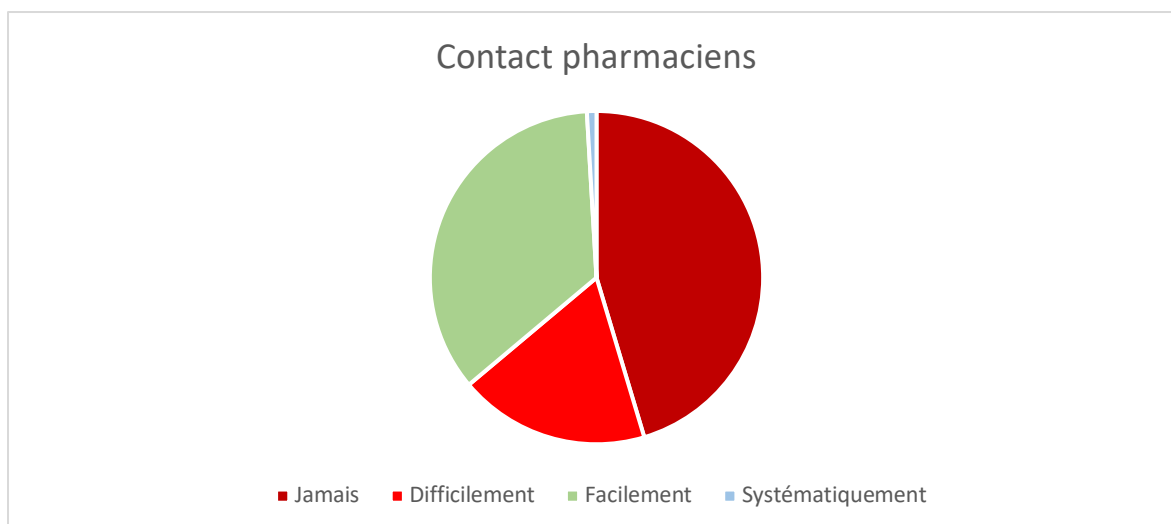
GRAPHIQUE 6 : ESTIMATION PAR LES MÉDECINS DE LA FRÉQUENCE DES PROBLÈMES ADMINISTRATIFS ET RELATIONNELS LIÉS AU PROCESSUS DE PRESCRIPTION

Sur les 108 participants, quatre-vingt-cinq reconnaissent, au moins une fois par an, signer plus de prescriptions que nécessaire. On observe une discordance entre l'impression de prescriptions surnuméraires et les plaintes des familles ce qui concerne les facturations des médicaments. En effet, seulement 30 participants sont confrontés, au moins une fois par an, à des contestations à ce propos. Cette discordance peut être expliquée par trois facteurs. Premièrement, ce sont les infirmières qui gèrent les prescriptions. Par conséquent, ce sont elles qui sont contactées (Figure 2 et 3). Deuxièmement, certains résidents, administrateurs de biens ou famille, n'analysent pas les factures. Troisièmement, les médicaments soumis à la tarification à l'unité ne sont facturés que s'ils sont délivrés. Dans ce cas, les prescriptions ne correspondent pas aux médicaments réellement délivrés et donc facturés.



GRAPHIQUE 7 : ESTIMATION DE L'ACCESSIBILITÉ AU SCHÉMA DE MÉDICATION EN MAISON DE REPOS PAR LES MÉDECINS

La gestion du schéma de médication est inhérente au rôle du médecin généraliste. Néanmoins, un médecin sur cinq (21 participants) affirme n'avoir pas toujours accès au schéma de médication de ses patients. Les médecins ayant systématiquement accès ont, soit accès à un ordinateur (20 participants), soit ont prévu avec les infirmières une impression à chaque visite (13 participants) ou chaque modification de traitement (63 participants).



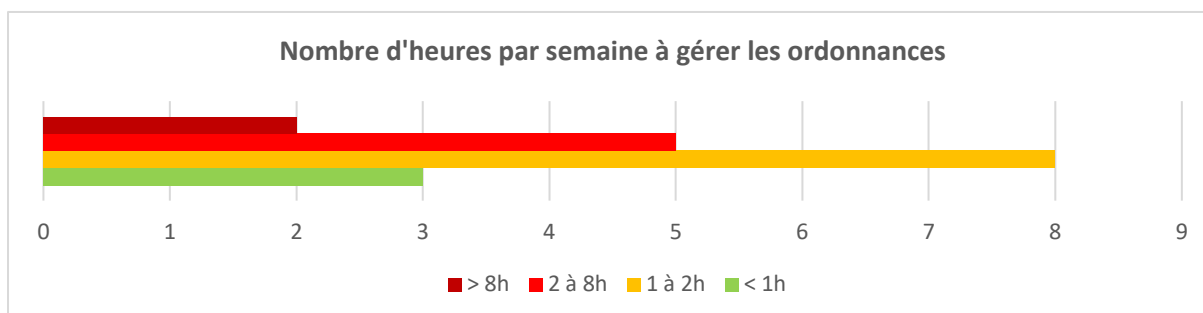
GRAPHIQUE 8 : ESTIMATION DES CONTACTS AVEC LES PHARMACIENS DE MAISON DE REPOS SELON LES MÉDECINS

Le graphique ci-dessus confirme la linéarité du processus de prescription. En effet, près de la moitié (49) des participants n'ont jamais de contact avec les pharmaciens de maison de repos. Et près d'un cinquième rencontrent des difficultés pour les contacter.

INFIRMIERS

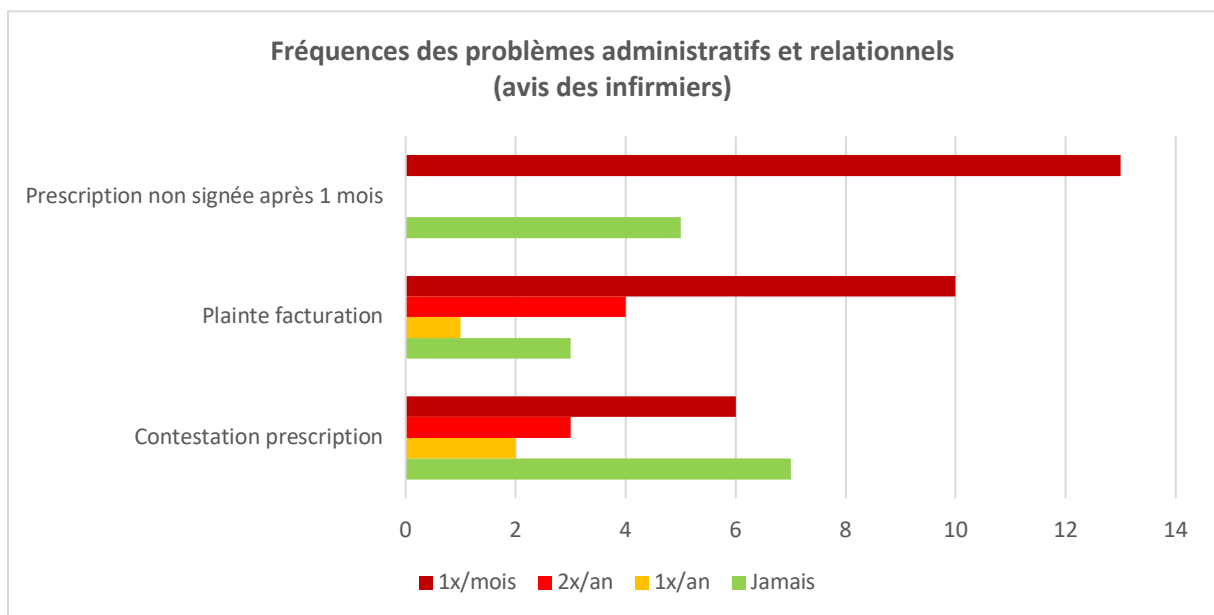
Les infirmiers sont interrogés sur quatre questions qui abordent les problèmes administratifs et relationnels du processus actuel de prescription en maison de repos.

- Combien d'heures par semaine passez-vous à gérer les ordonnances ?
- Êtes-vous confrontées à des prescriptions imprimées depuis plus d'un mois, mais non signées ?
- Avez-vous déjà reçu une plainte vis-à-vis de la facturation de médicaments pour un patient en maison de repos ?
- Êtes-vous confrontés à des contestations d'un médecin vis-à-vis des ordonnances imprimées ?



GRAPHIQUE 9 : ESTIMATION DU NOMBRE D'HEURES HEBDOMADAIRES NÉCESSAIRES À LA GESTION DES PRESCRIPTIONS PAR LES INFIRMIERS

Selon le premier graphique, le nombre d'heures consacrées à gérer les ordonnances varie fortement entre les maisons de repos. Il serait intéressant d'étudier le processus de prescription appliqué dans les institutions où le nombre d'heures hebdomadaires dépasse les huit heures.



GRAPHIQUE 10 : ESTIMATION DE LA FRÉQUENCE DES PROBLÈMES ADMINISTRATIFS ET RELATIONNELS LIÉS AU PROCESSUS DE PRESCRIPTION EN MAISON DE REPOS SELON LES INFIRMIERS

Sur base du graphique ci-dessus, il apparaît clairement dans de nombreuses institutions que la régularisation des prescriptions n'est pas systématique. En effet, 70 % des infirmières interrogées (13 sur 18) affirment être confrontées à la situation dans laquelle des prescriptions imprimées (et par conséquent, à des médicaments délivrés) ne sont pas signées, alors qu'il existe un consensus sur la nécessité d'une visite mensuelle du médecin. Ensuite, la fréquence élevée des plaintes à propos des facturations de médicaments souligne deux problèmes. Premièrement, ces résultats mettent en évidence un processus source d'erreurs. Deuxièmement, ils confirment la responsabilité des infirmières vis-à-vis des prescriptions. Ces déductions sont étayées par les réponses à la dernière question. En effet, la moitié des infirmières font face, au moins deux fois par an, à des contestations à propos des prescriptions.

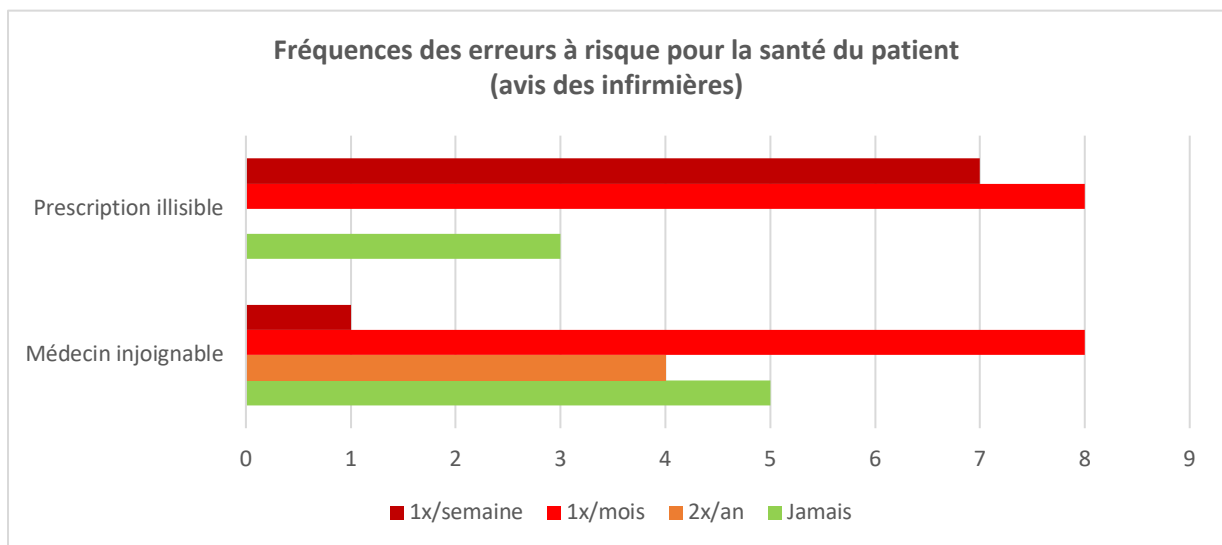
Force est de constater la grande variabilité des résultats en fonction des institutions.

ERREURS A RISQUE POUR LA SANTE DU PATIENT

INFIRMIERS

Deux questions portent sur des situations avec des conséquences directes pour la santé du patient.

- Êtes-vous dans l'incapacité de lire complètement la prescription manuscrite du médecin ?
- Êtes-vous dans l'impossibilité de joindre un médecin pour une situation urgente ?



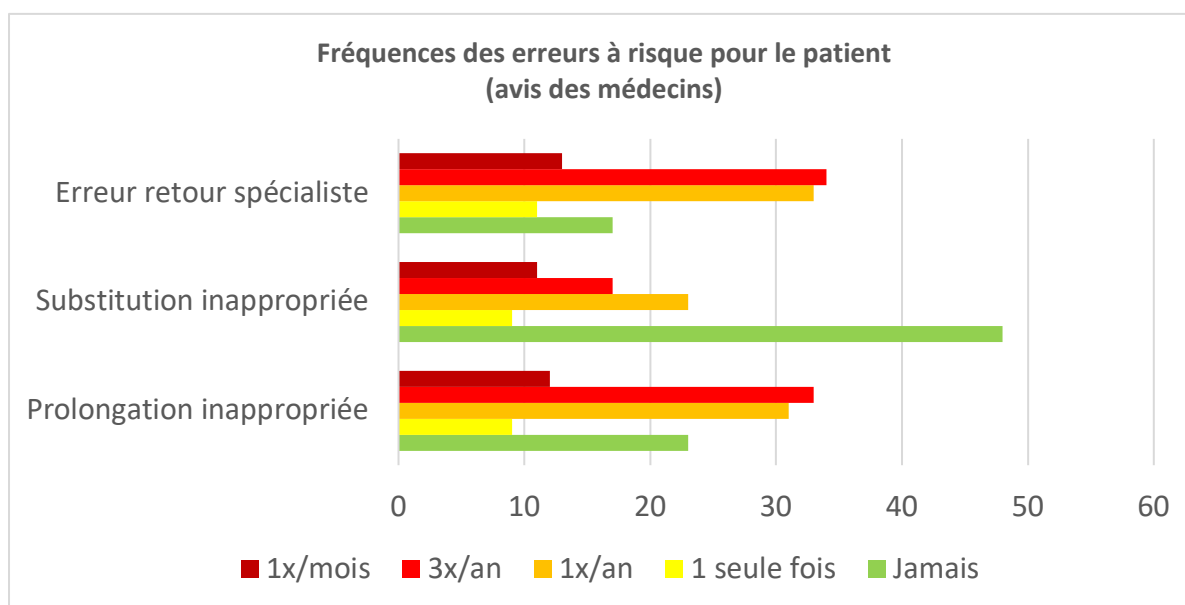
GRAPHIQUE 11 : ESTIMATION DE LA FRÉQUENCE D'ERREURS A RISQUE POUR LA SANTÉ DU PATIENT EN MAISON DE REPOS LIÉE AU PROCESSUS DE PRESCRIPTION SELON LES INFIRMIERS

Plus de 80 % des infirmières affirment être dans l'incapacité de lire la prescription manuscrite au moins une fois par mois. Et, de surcroît, au cours de cette même période, la moitié se trouve dans l'incapacité de joindre le médecin pour une situation urgente. La combinaison de ces deux raisons peut retarder l'administration ou la commande de médicaments nécessaires au patient.

MEDECINS

Trois questions portent sur des situations avec des conséquences directes pour la santé du patient. Ces questions ne sont pas exhaustives.

- Avez-vous déjà été confronté(e) à une modification inappropriée du traitement après un retour d'hospitalisation/de visite chez un spécialiste ?
- Avez-vous déjà été confronté(e) à des substitutions inappropriées de médicaments en maison de repos ?
- Avez-vous déjà été confronté(e) à la prolongation non souhaitée d'un traitement aigu en chronique en maison de repos ?



GRAPHIQUE 12 : ESTIMATION DE LA FRÉQUENCE D'ERREURS À RISQUE POUR LE PATIENT EN MAISON DE REPOS LIÉE AU PROCESSUS DE PRESCRIPTION SELON LES MÉDECINS

Pour chaque erreur, respectivement, 74 %, 47 % et 70 % des médecins interrogés y sont confrontés au moins une fois par an. Avec tous les biais que cette extrapolation comporte, on peut supposer que, considérant uniquement ces trois erreurs, il y aurait 8 erreurs à risque pour la santé des patients par an et par médecin.

Il est important de souligner la forte variation des fréquences estimées par les médecins interrogés pour chaque type d'erreur, allant d'une fois par mois à jamais.

Une hypothèse à ces disparités est la diversité de processus de prescription en MRS.

À cet effet, une question ouverte clôture cette partie en interrogeant les médecins sur leur perception du processus en maison de repos et les différences entre les institutions. Sur les 108 réponses, 73 objectivent des disparités dans les maisons de repos. Sur ces réponses affirmatives, la moitié (36 réponses) évoquent des problèmes liés au processus de prescription. Dans le même ordre d'idée, trois médecins citent l'application de la PMI ou la TàU comme principale source d'erreur. La complexité et les problèmes pratiques de la TàU avaient d'ailleurs été signalés lors de sa mise en œuvre en septembre 2015. (26)

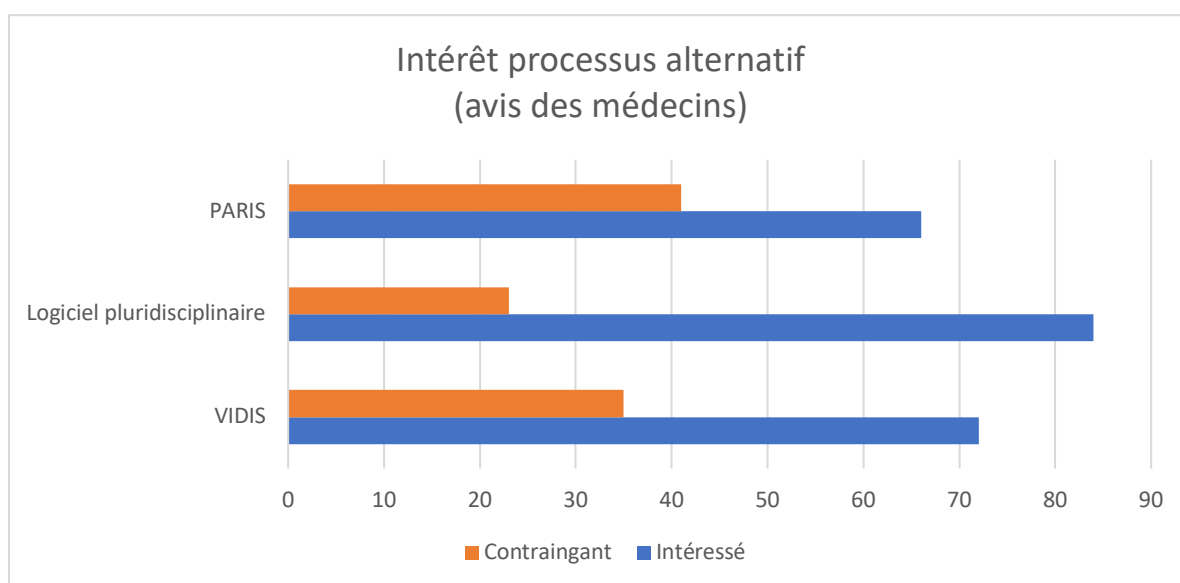
De plus, un tiers des réponses affirmatives cite le facteur humain comme coefficient de variabilité entre les maisons de repos. Les termes « gestion », « rigueur » et « organisation » sont énoncés avec une connotation négative. Ce constat met en évidence des situations de tension entre infirmiers et médecins dans les maisons de repos.

PROCESSUS ALTERNATIFS

Que pense chaque intervenant des processus alternatifs décrits dans la première partie de ce travail ?

MEDECINS

L'intérêt des médecins pour chacun des trois processus alternatifs de prescription en maison de repos est évalué (PARIS, un logiciel pluridisciplinaire et VIDIS). Une brève description du processus est disponible dans l'introduction du questionnaire.



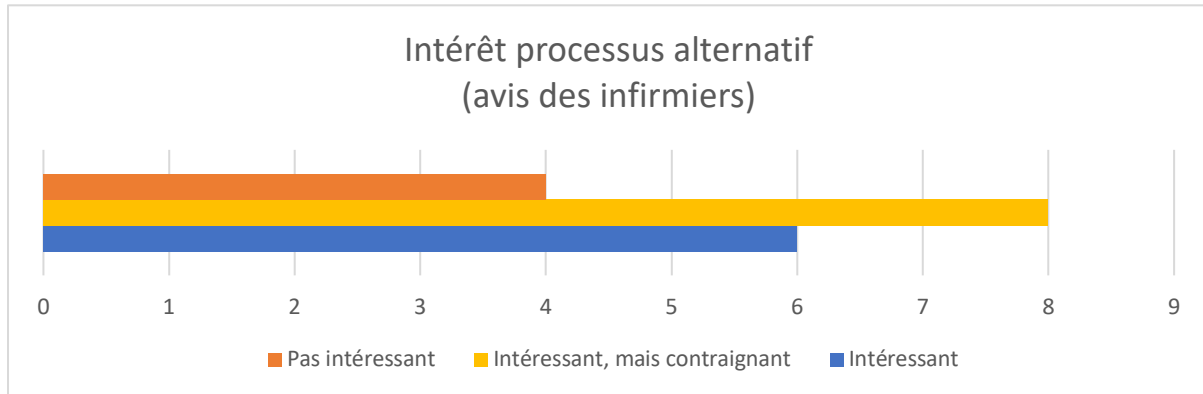
GRAPHIQUE 13 : SONDAGE DE L'INTÉRÊT DES MÉDECINS POUR L'IMPLEMENTATION D'UN PROCESSUS ALTERNATIF DE PRESCRIPTION EN MAISON DE REPOS

L'intérêt des médecins pour un changement de processus de prescription en maison de repos est explicite. En fonction de l'alternative proposée, entre 66 et 84 % des médecins souhaitent son application en maison de repos. Le logiciel pluridisciplinaire suscite le plus d'intérêt. Quinze pourcents des médecins ne sont intéressés par aucune alternative.

Une dernière question interroge les médecins sur leur motivation vis-à-vis d'un changement de processus. L'initiative de changement est envisagée par 24 médecins sur 107. La majorité, 57 médecins sont intéressés par un changement, mais attendent une législation en ce sens. Vingt-six ne souhaitent pas de changement.

INFIRMIERS

Que pensent les infirmiers d'un processus de prescription en maison de repos géré par les médecins ? Comme décrit plus haut, les infirmiers n'ont pas accès à la plateforme eHealth. Le processus proposé est le suivant : La prescription électronique est générée par le médecin et transmise directement au pharmacien ; le médecin prend en charge également le nouveau schéma de médication.



GRAPHIQUE 13 : SONDAGE DE L'INTÉRÊT DES INFIRMIERS POUR L'IMPLEMENTATION D'UN PROCESSUS ALTERNATIF DE PRESCRIPTION EN MAISON DE REPOS

La grande majorité des infirmiers (14 sur 18) sont intéressés par une reprise de responsabilisation de la prescription par les médecins. Cependant, près de la moitié s'inquiète des contraintes générées par ce changement de processus de prescription.

Une dernière question ouverte concerne les contraintes possibles de la génération des ordonnances par le médecin. À cette question, onze infirmiers s'interrogent sur la corrélation entre les prescriptions et le stock de médicaments. Cette réflexion corrobore les résultats des interviews réalisés par l'INAMI dans le cadre de l'implémentation de VIDIS.

DISCUSSION

La première partie de ce travail constitue la source principale à l'analyse de cette étude quantitative. Le processus actuel de prescription en maison de repos génère des problèmes administratifs et relationnels ainsi que des problèmes à risque pour la santé du patient.

PROBLÈMES ADMINISTRATIFS ET RELATIONNELS

La « collaboration » entre médecins et pharmaciens est un terme fréquemment associé à une qualité des soins. (27) La communication concernant la mise en œuvre de la TàU cite cette « collaboration » entre les intervenants du processus de prescription comme principale solution aux problèmes pratique qui en découlent. (26)

Sur le terrain, la situation est différente. En effet, la moitié des médecins n'ont jamais de contact avec les pharmaciens de maison de repos. Dans ce processus de prescription, les infirmiers sont des intermédiaires entre les médecins et les pharmaciens. D'un côté, ces derniers veulent s'assurer que chaque médicament délivré soit prescrit. De l'autre, les médecins sont supposés valider des prescriptions pour lesquelles ils sont responsables de la qualité, mais pas de la quantité. Cette dualité susceptibles d'occasionner de problèmes administratifs et relationnels.

Pour les médicaments chroniques, le médecin s'assure d'un traitement administré adéquat, via la validation du schéma de médication. Les pharmaciens et les infirmiers se chargent de générer les prescriptions, avec comme objectif d'être en règle pour chaque médicament délivré. Ce fonctionnement explique le dédoublement des nouvelles prescriptions pour les médicaments chroniques. De plus, les logiciels génèrent systématiquement des prescriptions pour ces médicaments pour anticiper selon les données encodées la pénurie. Dès lors, si le médecin décide de mettre fin à une médication en le notifiant sur le schéma de médication, mais que l'arrêt n'est pas encodé dans le logiciel, celui-ci continue de générer des prescriptions.

Cette pratique génère un excès de prescription par rapport aux besoins et une absence de corrélation entre les prescriptions imprimées et la consommation des médicaments. Ainsi, chaque mois, près de la moitié des médecins reconnaissent valider plus de médicaments que nécessaire pour cette même période.

Ce constat peut engendrer chez le médecin un sentiment de déresponsabilisation et de frustrations, dont les infirmiers sont les principaux receptacle. Un tiers des infirmiers sont

d'ailleurs confrontés, à chacune de ces visites, à des griefs des médecins à propos des prescriptions.

De plus, bien que tous les médicaments prescrits ne soient pas administrés, s'ils sont délivrés, ils sont facturés. À cet effet, la PMI et la TàU concourent à limiter le stockage et le prix de la majorité des médicaments. (15) (26) Toutefois, pour les autres médicaments, les factures peuvent s'accumuler. En effet, plus de la moitié des infirmiers reçoivent, au moins une fois par mois, des plaintes par la famille à propos de la facturation des médicaments. Les infirmiers sont également les premiers interlocuteurs des griefs des familles.

Par conséquent, les infirmiers consacrent un temps à régler des problèmes administratifs et relationnels. Ce temps s'additionne à leur estimation du temps hebdomadaire nécessaire à la gestion des prescriptions.

Enfin, il y a lieu de souligner la forte variation concernant l'estimation du temps nécessaire à la gestion des prescriptions par les infirmiers, allant d'une heure à plus de 8h. Vu la complexité de la fonction des infirmiers dans le processus de prescription, le nombre d'étapes considérées dans la gestion des prescriptions explique partiellement cette variabilité. Cependant, il existe une différence de fonctionnement entre les maisons de repos, différence observée par près de septante pourcents des médecins.

ERREURS À RISQUE POUR LA SANTÉ DU PATIENT

L'étude quantitative, quant à elle, a permis de mettre en évidence la fréquence des situations à risque d'erreurs relevées par les infirmiers et celle des erreurs objectivées par les médecins.

Du point de vue des infirmiers, l'illisibilité de l'écriture du médecin est considérée comme problématique, chaque mois, par quatre cinquième d'entre eux. Ces résultats corroborent ceux d'autres études sur les processus de prescription. (14; 19) En outre, l'adaptation correcte du traitement nécessite un contact téléphonique supplémentaire. Si le médecin est injoignable, situation à laquelle plus de la moitié des infirmiers sont confrontés, la prise en charge est retardée.

Du point de vue des médecins, la prolongation injustifiée d'un traitement aigu en chronique et la substitution inappropriée d'un médicament sont objectivées au moins une fois par an par trois quarts d'entre eux. Malheureusement, ces erreurs ne sont pas exhaustives. À celles-ci, s'ajoute, entre autres, le non-respect des ordres médicaux énoncé par plusieurs médecins dans la question ouverte de l'étude. (22) En outre, pour énoncer des ordres médicaux adéquats, les médecins

doivent avoir accès à un schéma de médication. Dans notre étude, un médecin sur cinq n'y a pas toujours accès lors d'une visite en maison de repos. Il ne peut être sûr du traitement administré à son patient. Enfin, la pandémie COVID-19 a mis en exergue la nécessité d'une accessibilité à ce schéma de médication par le médecin même en dehors de la maison de repos, depuis son cabinet. Actuellement, l'accès à distance au schéma de médication demande un contact téléphonique entre médecins et infirmiers. Lors d'un retour d'une visite chez un spécialiste ou d'une hospitalisation, le médecin doit se rendre à la maison de repos pour le vérifier. Alors que près de trois quart des médecins objectivent annuellement des erreurs dans cette situation, le délai entre le retour du résident et la validation du schéma de médication par les infirmières entraîne un risque proportionnel pour la santé du patient. En effet, en 2019, un tiers des patients qui bénéficient habituellement de soins de longue durée n'ont pas reçu la visite d'un médecin dans la semaine qui a suivi le retour d'une hospitalisation. (28) Une vérification à partir du cabinet du médecin contribuerait à une réduction des erreurs. (20)

Enfin, notre étude atteste du fait que tant les infirmiers que les médecins considèrent que ces erreurs sont imputables principalement à des facteurs humains, sans s'interroger sur le processus qui leur est imposé. Or, force est de constater que, lorsque dans le cadre de notre étude, ils sont informés de la possibilité de bénéficier d'un système plus performant, quatre-vingt-cinq pourcents ont manifesté un vif intérêt, et un quart affirment être disposés à participer à l'implémentation.

PROPOSITION DE SOLUTION

D'après l'analyse de la première partie, trois fonctionnalités sont indispensables à un processus de prescription alternatif en maison de repos :

- un accès par le médecin au DMI des patients en maison de repos
- la possibilité pour le médecin de prescrire pour une durée déterminée, ou un accès au stock de médicaments encodé par les infirmiers
- une synchronisation entre tous les logiciels

Le projet VIDIS rassemble ces conditions. Cependant, pour remplir la dernière, son implémentation doit faire face à un obstacle supplémentaire d'ordre politique.

A ce jour, en mai 2020, le projet VIDIS est en cours d'élaboration. Lors d'une réunion pour sa configuration à Bruxelles, aux bureaux de l'INAMI, le 15 janvier 2015, les responsables reconnaissent que le projet n'est pas destiné au maison de repos. Le projet porte sur la collaboration entre les hôpitaux et les intervenants de première ligne.

Il y a lieu de rappeler que les maison de repos sont une compétence fédérée, or le projet est principalement développé en région flamande.

En conclusion, je pense que le projet VIDIS est une alternative pertinente dont l'application en maison de repos, en Région Wallonne, doit être envisagée.

CONCLUSION

Le processus actuel de prescription en maison de repos implique de nombreuses étapes et utilise plusieurs moyens de communication différents. Cette complexité génère des erreurs à risque pour la santé du patient. Ce constat est étayé par de nombreuses études.

En outre, l'analyse descriptive de ce travail, basée sur des données empiriques, a révélé des problèmes administratifs et relationnels inhérents au processus de prescription en maison de repos en Région Wallonne. Ces résultats renforcent la nécessité de développer des fonctionnalités au projet VIDIS adaptées au processus de prescription en maisons de repos.

L'étude quantitative, quant à elle, atteste que tant les médecins que les infirmiers sont avisés des conséquences néfastes de ce processus. Ils sont enclins à les imputer à des facteurs humains plutôt qu'à des facteurs inhérents à ce processus. Leur intérêt pour un processus alternatif qui faciliterait la communication et assurerait une attribution plus ad hoc des compétences est explicite. L'implémentation nécessiterait un soutien des instances fédérées.

BIBLIOGRAPHIE

1. **INAMI**. Prescription des médicaments de façon électronique : Obligatoire à partir du 1er janvier 2020. *Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité*. [En ligne] 10 Janvier 2020. <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/prescrire-medicaments/Pages/prescrire-medicaments-electronique.aspx>.
2. **Cabinet ministériel M. De Block**. Plan d'action e-santé 2019-2021. *Service Public Fédéral*. [En ligne] 18 Janvier 2019. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/actieplan_2019-2021_e-gezondheid.pdf.
3. **INAMI**. Prescription de médicaments : les prescripteurs peuvent transmettre au patient le code RID de la prescription électronique plutôt que la preuve sur papier. *Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité*. [En ligne] 24 Mars 2020. <https://www.inami.fgov.be/fr/covid19/Pages/transmettre-code-rid-prescription-electronique.aspx>.
4. **Farmaka**. Polymédication chez la personne âgée. *Farmaka*. [En ligne] 2013. Farmaka. Polymédication chez la personne âgée. Farmaka. [En ligne] Juillet 2013. <https://www.farmaka.be/frontend/files/publications/files/polymedication-chez-la-personne-agee-1-partie-presentation.pdf>.
5. **INAMI**. Soins en maisons de repos, maisons de repos et de soins, et centres de soins de jour : Réglementation d'application jusqu'au 31 décembre 2018. *INAMI*. [En ligne] Décembre 2018. https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablisements-services/maisons-repos/Pages/mrpa-mrs-csj-20181231.aspx#Quels%2%A0sont_les_contr%C3%B4les_effectu%C3%A9s_dans_les_maisons_de_repos_?.
6. **Goedele Strauven, et al**. Development of a process-oriented quality improvement strategy for the medicines pathway in nursing homes using the SEIPS model. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. [En ligne] 2019. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.06.003>.
7. **INAMI**. Projet VIDIS : Partager les données sur les médicaments de façon électronique. *INAMI*. [En ligne] 09 Mars 2020. <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/e-sante/Pages/projet-vidis.aspx>.
8. **AVIQ**. Réglementation applicable à l'hébergement et à l'accueil des aînés en Wallonie. *Santé Wallonie*. [En ligne] 05 Novembre 2019. http://sante.wallonie.be/sites/default/files/aines_reglementation.pdf.
9. **SPF**. Brochure droits du patient. *Service Public Fédéral*. [En ligne] 12 Juin 2019. <https://www.health.belgium.be/fr/brochure-droits-du-patient>.
10. **Médecins, Conseil National de l'Ordre des**. Code de Déontologie Médicale. *Ordomedic*. [En ligne] 2020.
11. **INAMI**. Des prescriptions électroniques possibles sans DMI grâce l'application « PARIS ». *Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité*. [En ligne] 09 Octobre 2019. <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/prescrire-medicaments/Pages/prescriptions-electroniques-sans-dmi-paris.aspx>.
12. —. Soins en maisons de repos, maisons de repos et de soins, et centres de soins de jour. *Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité*. [En ligne] 30 Septembre 2019. <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablisements-services/maisons-repos/Pages/default.aspx>.

13. **Rombeaux, Jean-Marc.** Maisons de repos et maisons de repos et de soins : radioscopie du secteur public 2017. *uvcw.be*. [En ligne] 2018. http://www.uvcw.be/no_index/files/1385-1379-2019-09-radioscopie-2017---jmr-definitif.pdf.
14. **Rohan A. Elliott, Cik Yin Lee, Safeera Y. Hussainy.** Electronic prescribing and medication management at a residential aged care facility. *PubMed*. [En ligne] 2016. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27081411/>.
15. **APB, Service Juridique.** Préparation de Médication Individuelle. *l'Union Professionnelle des Pharmaciens de Bruxelles*. [En ligne] 2012. <https://upb-avb.be/slider/preparation-de-medication-individuelle-pmi/>.
16. **Ridder, H. De.** Circulaire aux médecins : Tarifier par unité des médicaments délivrés en pharmacie publique aux résidents des MRPA ou MRS. *INAMI*. [En ligne] 28 Août 2015. https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/circulaire_medecins_tpu_20150901.pdf.
17. **al., N. D. Barber and.** Care homes' use of medicines study: prevalence, causes and potential harm of medication errors in care homes for older people. *BMJ Quality and Safety*. [En ligne] 27 Juillet 2009. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2762085/>.
18. **N D Barber, D P Alldred, D K Raynor and al.** Care homes' use of medicines study: prevalence, causes and potential harm of medication errors in care homes for older people. *PubMed*. [En ligne] 2009. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19812095/>.
19. **Minuz, Giampaolo P Velo and Pietro.** Medication errors: prescribing faults and prescription errors. *British Journal of Clinical Pharmacology*. [En ligne] Juin 2009. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2723200/pdf/bcp0067-0624.pdf>.
20. **Doucette, Ali Azeez Al-Jumaili and William R.** A Systems Approach to Identify Factors Influencing Adverse Drug Events in Nursing Homes. *PubMed*. [En ligne] Juillet 2018. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29691843/>.
21. **Ulrich Jaehde, Petra A Thürmann.** Medication Safety in Nursing Homes. *Pubmed*. [En ligne] 20 Novembre 2012. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23217723/?from_term=%28%22medication+process%22%29+AND+%28%22nursing+home%22%29&from_sort=&from_pos=3.
22. **Marianne Lisby, Lars Peter Nielsen and Jan Mainz.** Errors in the medication process: frequency, type, and potential. *PubMed*. [En ligne] 2005. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15668306/>.
23. **O'Brien, Stephen.** *Évaluation de la commercialisation des maisons de repos à Bruxelles: approches quantitative et qualitative*. s.l. : Université Libre de Bruxelles, 2018.
24. **OCDE.** Soins aux personnes âgées. *belgiqueenbonnesante.be*. [En ligne] Avril 2019. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-aux-personnes-agees>.
25. **ABSYM.** Prescription électronique obligatoire à partir du 1er janvier 2020: publication de l'AR. *Association Belge des Syndicats Médicaux*. [En ligne] 10 Mars 2019. <https://www.absym-bvas.be/fr/medicaments/obligatoire-a-partir-du-01-01-2020>.
26. **publique, cabinet de la ministre des Affaires sociales et de la Santé.** *Communication concernant la mise en œuvre de la tarification par unité pour les patients résidant en MRS-MRPA*. 2015.
27. **Phn. Laure Geslin, Ulrike Dragon, Aline Godart, and al.** Guide de concertation entre pharmaciens et médecins généralistes. *Union des Pharmaciens de Bruxelles*. [En ligne] Novembre 2013. https://upb-avb.be/assets/hvg_farma_FR_web_logos-c666d8fb.pdf.

28. **OCDE.** Continuité des soins. *belgiqueenbonnesante.be*. [En ligne] 24 avril 2019. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/qualite-des-soins/continuite-des-soins#QC-3>.
29. *VIDIS - User research*. **SMALS**. 2020.
30. **Clemens Scot Kruse & Kristina Goetz.** Summary and Frequency of Barriers to Adoption of CPOE in the U.S. *Springerlink.com*. [En ligne] 2015. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10916-015-0198-2>.
31. **Jodogne, Sebastien.** L'informatique médicale n'a pas bonne presse. *Medi-sphere*. [En ligne] 13 Décembre 2019. https://www.medi-sphere.be/fr/debats/l-informatique-medicale-n-a-pas-bonne-presse-s-jodogne.html?tk_key=efbeb08f0b813c543e&rmdash_domain_key=medisphere&tk_id=1724611&tk_datetime=2020-01-12+18%3A34%3A21&tk_domain=medisphere#.
32. **Farre, Albert.** How do stakeholders experience the adoption of electronic prescribing systems in hospitals? A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMJ Journal*. [En ligne] 2019. <https://qualitysafety.bmj.com/content/28/12/1021>.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE MEDECINS

Bonjour Docteur,

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude de médecine générale, j'analyse le processus de prescription en maison de repos.

Depuis ce 1er janvier 2020, nous sommes obligés de prescrire par voie électronique au cabinet. Les maisons de repos font encore partie des exceptions.

Dans ce contexte, je souhaiterais avoir votre avis sur le processus actuel et les éventuels changements.

La durée moyenne de réponse à ce questionnaire est de 3 minutes.

Ce questionnaire est anonyme, les réponses obtenues seront utilisées uniquement à des fins statistiques.

Merci pour votre aide !

Caractéristiques personnelles

1. Êtes-vous médecin coordinateur dans une maison de repos ?
2. Quel âge avez-vous ?
3. Dans quelle région travaillez-vous ?

Processus actuel de prescription en maison de repos

Êtes-vous confronté(e) aux situations suivantes, liées au processus de prescription en maison de repos ?

4. Avez-vous déjà eu l'impression de signer des prescriptions surnuméraires lors de la visite mensuelle ?
5. Avez-vous déjà reçu une plainte vis-à-vis de la facturation de médicaments pour un patient en maison de repos ?
6. Avez-vous déjà été confronté(e) à la prolongation non souhaitée d'un traitement aigu en chronique en maison de repos ?
7. Avez-vous déjà été confronté(e) à des substitutions inappropriées de médicaments en maison de repos ?
8. Avez-vous déjà été confronté(e) à une modification inappropriée du traitement après un retour d'hospitalisation/de visite chez un spécialiste ?
9. Avez-vous des contacts avec les pharmaciens des maisons de repos ?
10. Avez-vous toujours accès au traitement à jour des résidents en maison de repos ?

Processus alternatif de prescription en maison de repos

La responsabilité du médecin vis-à-vis de sa prescription en maison de repos peut parfois être remise en question. Une solution serait l'anticipation par le médecin des prescriptions nécessaires. Elles seraient rédigées mensuellement (ou bi/tri-mensuellement), et majoritairement en DCI (Dénomination Commune Internationale) avec une durée de traitement. Le schéma de médication serait créé par le médecin et transmis aux infirmières.

Deux processus alternatifs utilisant la prescription électronique en maison de repos sont disponibles. Un troisième est en phase de test.

1. Prescription électronique via PARIS (« Prescription & Autorisation Requesting Information System »), proposée par l'INAMI, indépendante des programmes médicaux, puis envoi via un canal sécurisé (eHealthbox ou SIILO*)

2. Programme médical avec envoi au pharmacien via un canal sécurisé (ex. eHealthbox ou SIILO*). De nombreux programmes utilisent maintenant un serveur internet (et donc accessible via tout navigateur web), et proposeront bientôt des fonctionnalités multidisciplinaires.

3. Schéma de médication intégré sur le Hub et partagé avec le pharmacien (projet VIDIS « Virtual Integrated Drug Information System »), projet en phase de test par l'INAMI.

* SIILO est une application de messagerie sécurisée gratuite pour les professionnels médicaux (vérification du numéro INAMI et carte d'identité)

11. Que pensez-vous de la prescription électronique en maison de repos via PARIS ? (cfr introduction de cette page)

12. Que pensez-vous de prescrire via un programme médical en maison de repos ? (cfr introduction de cette page)

13. Que pensez-vous du projet VIDIS ? (cfr introduction de cette page)

14. D'un point de vue pragmatique, en maison de repos, accepteriez-vous de rédiger par anticipation chaque mois vos prescriptions électroniques, plutôt que de signer des ordonnances papiers ?

Question ouverte

15. Objectivez-vous des disparités de fonctionnement entre les maisons de repos ? Si oui, lesquelles ?

Bonjour Madame, Monsieur

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude de médecine générale, j'analyse le processus de prescription en maison de repos.

Depuis ce 1 janvier 2020, les médecins sont obligés de prescrire par voie électronique au cabinet. Les maisons de repos font encore partie des exceptions.

Dans ce contexte, je souhaiterais avoir votre avis sur le processus actuel et les éventuels changements à venir.

La durée moyenne de réponse à ce questionnaire est de 2 minutes.

Ce questionnaire est anonyme, les réponses obtenues seront utilisées uniquement à des fins statistiques.

Merci pour votre aide !

1. Dans quelle région travaillez-vous ?
2. Travaillez-vous avec une pharmacie locale (< 10km) ?
3. Travaillez-vous avec une pharmacie qui utilise la PMI (Préparation de Médication Individuelle) ?
4. Combien d'heures par semaine passez-vous à gérer les ordonnances ?
5. Êtes-vous dans l'incapacité de lire complètement la prescription manuscrite du médecin ?
6. Êtes-vous confrontés à des prescriptions imprimées depuis plus d'un mois, mais non signées ?
7. Avez-vous déjà reçu une plainte vis-à-vis de la facturation de médicaments pour un patient en maison de repos ?
8. Êtes-vous dans l'impossibilité de joindre un médecin pour une situation urgente ?
9. Êtes-vous confrontés à des contestations d'un médecin vis-à-vis des ordonnances imprimées ?
10. Que pensez-vous du processus de prescription suivant, en maison de repos. La prescription électronique est générée par le médecin et transmise directement au pharmacien. Le médecin génère également le nouveau schéma de médication aux infirmières et au pharmacien ?