

Les échanges informatiques pharmaciens médecins

Florent Guyaux

TFE médecine générale 2020 - 2021

Promoteur Benoît Derasse

Tuteur Laurent Mersch-Mersch

Remerciements

J'ai eu la chance d'être aidé de personnes formidables que je tiens tout particulièrement à remercier :

Pour leur aide précieuse dans la relecture de mon travail, leurs avis critiques, leurs conseils et retours d'expériences, mes promoteurs Benoît Derasse et Laurent Mersch-Mersch ;

Pour leur disponibilité, leurs clarifications sur la situation actuelle et les enjeux, leurs explications sur les outils actuels et leurs fonctionnements, leurs expertises, je tiens à remercier chaleureusement Thibaut Duvillier, Philippe Jongen, Jeroen De Wilde, Goedeke Reynders, Jacques de Toeuf et Alain Chaspierre ;

Pour m'avoir accepté et accueilli dans leur groupe de travail, pour leurs recherches, leurs réflexions et leurs critiques ; tous les membres de la cellule informatique de la FAGW sur le partage de l'indication de traitement avec le pharmacien.

Pour son soutien, depuis toujours, ainsi que sa présence dans tous les travaux que j'ai pu réaliser tout au long de mes études, ma maman, Marilyn Di Lutiis ;

Pour sa patience, son courage dans toutes les épreuves que furent nos études de médecine, pour notre complicité et notre entraide lors de ce parcours auxquelles nous avons toujours veillé, ma compagne, Katrin Dewandeleer ;

Pour leurs innombrables retours et encouragements ; toutes les personnes qui ont eu la gentillesse de répondre à mon questionnaire et s'y intéresser.

Table des matières

Résumé	4
Introduction	5
Question de recherche	7
Choix de la méthodologie	8
Contextualisation et prérequis	10
Interview ehealth	10
Interview RSW	11
Interview VIDIS	13
Interview ABSyM	14
Interview APB	17
Résultats de l'analyse quantitative	20
Discussion	27
Le Sumehr	28
Dossier Pharmaceutique Partagé	32
Schéma de Médication Multidisciplinaire Partagé	33
Communication au travers des réseaux	35
Pistes de réflexion	37
Conclusion	39
Bibliographie	40
Annexes	43
Interprétation graphique analyse quantitative	43
Matrice d'accès ehealth	67
Interview ehealth Thibaut Duvillier	68
Interview RSW Philippe Jongen	75
Interview VIDIS Jeroen De Wilde et Goedeke Reynders	82
Interview ABSyM Jacques de Toeuf	85
Interview APB Alain Chaspierre	97

Liste des abréviations

ABSyM : Association Belge des Syndicats Médicaux

APB : Association Pharmaceutique Belge

CEBAM : Centre Belge pour l'Evidence-Based Medicine

DOCTES : Portail documentaire en promotion de la santé

DPP : Dossier Pharmaceutique Partagé

FAGW : Fédération des Associations de Généralistes de la Région Wallonne

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

RSW : Réseau Santé Wallon

SMMP : Schéma de Médication Multidisciplinaire Partagé

SPF : Service Public Fédéral

SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale

Sumehr : SUMmarized Electronic Health Record

VIDIS : Virtual Integrated Drug Information System

Wapps : Plan de Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie

1. Résumé

Introduction : La situation actuelle sur l'échange des données ne permet ni aux médecins de consulter l'historique des médicaments délivrés ni aux pharmaciens de prendre connaissance des problèmes du patient ou de l'indication de traitement. Le téléphone constitue alors le moyen le plus répandu de communication. Pourtant, les réseaux de santé se développent et des outils comme le Sumehr, le Schéma de Médication Multidisciplinaire Partagé, le Dossier Pharmaceutique Partagé tendent à améliorer le partage de données de santé entre prestataires de soins.

Objectif : Évaluer les attentes des pharmaciens et médecins généralistes sur l'échange des données médicales au travers des réseaux de santé.

Méthodologie : Une étude quantitative a été réalisée auprès de pharmaciens et médecins généralistes en Fédération Wallonie Bruxelles.

Résultats : 83% des médecins veulent accéder à l'historique de délivrance de médicaments. Neuf pharmaciens sur dix voudraient accéder au Sumehr complet lorsque six médecins sur dix sont favorables à son partage avec le pharmacien et pensent que cela améliorerait leur collaboration et le contrôle des traitements. En revanche, moins de 10% de médecins sont d'accord pour partager des données plus sensibles comme les rapports médicaux ou les biologies. 64% des médecins pensent que l'indication de traitement devrait être partagée de façon optionnelle avec le pharmacien.

Conclusion : Les médecins généralistes et pharmaciens attendent des réseaux de santé de faciliter la communication, l'échange de données de santé et l'accès au schéma et à l'historique de médication. Leur sous-utilisation s'explique en partie par la non-implémentation des outils dans les logiciels métiers, les réticences au partage des données de santé par les syndicats et associations professionnelles, la crainte de jugement de la prescription médicamenteuse ou encore le transfert de rôle du médecin généraliste vers le pharmacien.

Mots-clés : Données de santé, réseaux, communication, médecins, pharmaciens.

2. Introduction

Le choix de mon sujet a pour origine l'histoire d'une jeune patiente, dépendante aux opiacés, qui mastiquait des patchs de fentanyl. L'appel d'une pharmacienne m'a permis de constater qu'elle obtenait ses médicaments dans différentes pharmacies de la région, prescrits par plusieurs médecins. Lors d'un séminaire, la situation a suscité un vif intérêt lorsque nous avons réalisé que cette même personne avait consulté la moitié des assistants présents.

Face à cet évènement, je ne comprenais pas pourquoi un système de communication entre pharmaciens et médecins n'était pas répandu et surtout pourquoi je ne pouvais pas accéder au travers de mon logiciel à la liste des médicaments que la patiente avait obtenu récemment en pharmacie.

La situation actuelle sur l'échange des données ne permet ni aux médecins de consulter l'historique des médicaments délivrés ni aux pharmaciens de prendre connaissance des problèmes du patient ou de l'indication de traitement. Le téléphone constitue alors le moyen le plus répandu de communication. Pourtant, les réseaux de santé se développent et des outils comme le Sumehr, le Schéma de Médication Multidisciplinaire Partagé, le Dossier Pharmaceutique Partagé tendent à améliorer le partage de données de santé entre prestataires de soins.

C'est avec le désir de comprendre le fonctionnement des outils de partage actuels et la volonté d'éclaircir les besoins des prestataires de soins que j'ai réalisé ce travail. Pour quelles situations existe-t-il une volonté de communiquer ? Quels outils les professionnels envisagent-ils d'utiliser ? Quels types de données voudraient-ils consulter et sous quelles conditions ?

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), le temps où le médecin prescrivait et le pharmacien délivrait est révolu et ne constitue un système de soins ni efficace ni sécurisant. Les erreurs médicamenteuses sont coûteuses en termes financiers et en ressources humaines à travers les hospitalisations, consultations médicales et tests de laboratoire. La polymédication chez la

personne âgée ou le malade chronique entraîne des effets indésirables menant à 4 à 10% des hospitalisations et constituant la quatrième à sixième cause de décès aux Etats-Unis.¹

20% des patients prenant des médicaments en ambulatoire déclarent un effet secondaire dont 16 à 41% sont dus à des erreurs évitables.² Les médicaments seraient responsables de 5,6% des hospitalisations non planifiées dont 46% pourraient être évitées par un meilleur suivi.³ Enfin, 80% des personnes âgées ne suivent pas rigoureusement la posologie avec 90% de sous traitement, soit par erreur de dosage, oubli ou non prise volontaire.⁴

Une revue de la littérature⁵ publiée en 2009 dans *Drugs & Aging* a montré les diverses interventions qui ont eu un effet positif sur la prescription, entre autres les interventions éducatives, les systèmes de soutien informatisés, les examens des médicaments par les pharmaciens et l'implication d'équipes multidisciplinaires. Des efforts combinés sont nécessaires pour améliorer la prise en charge des patients présentant des schémas thérapeutiques complexes, des comorbidités multiples et d'autres facteurs de risque de morbidités liées aux médicaments.

En 2019, l'OMS publie un *Projet de stratégie mondiale pour la santé numérique*.⁶ Les nouvelles technologies permettent des outils facilitant l'échange et le stockage des données de santé, mais aussi la consultation et le partage des informations. Elle appuie le fait que ces éléments nouveaux contribuent à la continuité des soins et ont prouvé qu'ils amélioreraient les résultats sanitaires. Ils encouragent alors l'interopérabilité permettant le partage d'information dans un monde connecté. La santé numérique devient un élément clé de la promotion de la santé et la prévention des maladies, de la sécurité des patients, de l'éthique et de la sécurité des données mais aussi de leur accessibilité.

En 2018, en Belgique, le gouvernement wallon rédige un plan de prévention et promotion de la santé en Wallonie (Wapps).⁷ Il propose des actions concrètes devant favoriser les synergies entre professionnels par le "développement d'une application informatique facilitant la mise en réseau et la communication entre

les médecins généralistes et tous les intervenants locaux et d'y intégrer les pharmaciens".

En 2019, le plan d'action e-santé ⁸ de M. De Block fait mention de plusieurs points. Il a pour objectif d'implémenter le Sumehr dans les coffres-forts et permettre l'accès aux logiciels de médecins généralistes puis aux différents professionnels de la santé. Il a également pour objectif de rendre interopérable le Schéma de médication pour les médecins généralistes, les pharmaciens et infirmiers au travers des coffres-forts régionaux. Ensuite, l'intégration du schéma de médication dans VIDIS permettra son déploiement dans les hôpitaux. Le but final est de permettre l'accessibilité, par voie numérique, des données des patients aux professionnels de la santé. Une fois la création d'un Dossier Patient Informatisé partagé avec les prestataires de soins de santé, l'objectif est de permettre au patient de consulter ces informations et de devenir un véritable acteur dans ses soins.

Interpellé par la difficulté de concertation médecins pharmaciens et par le manque d'échanges de données patients à une époque où la numérisation des soins de santé prend tout son essor, j'ai voulu comprendre l'impact qu'un réseau médico-pharmaceutique pourrait avoir en terme santé. L'objectif de ce travail de fin d'étude est d'évaluer les attentes des pharmaciens et médecins généralistes sur l'échange des données médicales au travers des réseaux de santé.

3. Question de recherche

En 2021, la communication interprofessionnelle des données de santé au travers des réseaux de santé est-elle adéquate aux attentes des pharmaciens et des médecins généralistes en Fédération Wallonie-Bruxelles ?

4. Choix de la méthodologie

Tout d'abord, j'ai réalisé une recherche d'articles afin de comprendre la situation actuelle et les projets en cours. J'ai consulté différentes sources (DOCTES, Libellule UCL, Pubmed, Cebam Digital Library for Health, Cochrane) avec les mots-clefs "Réseau de santé, informatisation médicale, e-santé, dossier pharmaceutique partagé, échanges, pharmacien, médecin, médication" combinés de diverses manières en français et en anglais.

Ensuite, j'ai réalisé des interviews de différents experts tels que RSW, VIDIS, ehealth et les associations APB et ABSyM. Le but était de cerner les enjeux des projets futurs afin d'élaborer un questionnaire adéquat à destination des pharmaciens et médecins généralistes. Les entretiens étaient semi-directifs afin de cibler mes questions tout en laissant l'opportunité de libre parole à l'interlocuteur. La collecte des données a été transcrite mot-à-mot au moyen d'enregistrements des interviews pour ensuite être analysée. Les écrits ont été soumis aux personnes interviewées pour accord et validation.

La recherche d'articles et les interviews des experts et associations m'ont permis de cerner le paysage actuel et cibler les items à aborder dans mon questionnaire. J'ai fait une analyse quantitative en questionnant médecins généralistes et pharmaciens en Fédération Wallonie-Bruxelles afin de dégager leurs attentes, intentions, opinions, comportements, valeurs et réticences. Le questionnaire anonyme rempli par auto-administration comprenait des QCM et des échelles de Likert. Plusieurs champs libres ont été créés pour recueillir des commentaires éventuels. Les critères d'inclusions étaient pharmaciens ou médecins généralistes ou candidats travaillant en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Un prétest a été réalisé, puis le questionnaire a été transmis par le canal des associations de professionnels afin d'obtenir un échantillon aléatoire simple. L'enquête a été diffusée du 02-12-2020 au 19-01-2021 de façon non orientée dans la newsletter 45 de l'e-santé, par le Réseau Santé Bruxellois Abrumet, par l'e-news 302 de la SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale), dans l'APB News 49, aux membres de l'ABSyM, de l'UPHOC (Union Pharmaceutique du Hainaut Occidental et Central), de l'URPPN (Union Royale Pharmaceutique de la Province

de Namur), du CERPAN (Cercle Royal Pharmaceutique de l'arrondissement de Nivelles), de l'APPL (Association des Pharmaciens de la Province de Liège), de Familia, de vPharma, de Multipharma, aux pharmaciens indépendants et aux maîtres de stages de l'UCL.

Pour ce travail, notons que j'ai également participé à deux modules e-santé de la SSMG "e-santé en pratique, partie 1 et 2", à un webinaire de l'e-santé wallonie intitulé "Le RSW, un outil pluridisciplinaire au service du généraliste et du patient", ainsi qu'à cinq réunions d'une cellule informatique de la FAGW (Fédération des Associations de Généralistes de la Région Wallonne), un groupe de réflexion ayant pour but de donner un avis sur les avantages et inconvénients du partage de l'indication avec le pharmacien. Ceci m'a permis d'une part d'avoir une meilleure compréhension globale de l'e-santé et de son fonctionnement, et d'autre part d'améliorer ma compréhension des différents points de vue sur l'échange de données de santé entre médecins et pharmaciens.

Descripteurs		
CISP-2	MeSH	Q-code
46 Discussion entre dispensateurs soins de santé primaires 60 Résultats analyses/examens 66 Référence à dispensateur soins de santé primaires non médecin	D008499 Medical records D033183 : Communication interdisciplinaire D057286: Dossiers médicaux électroniques D016347: Systèmes informatisés de dossiers médicaux D008490: Informatique médicale	QR32 étude quantitative QT53 base de données de santé QS13 gestion de l'information de santé QE42 consentement éclairé QP54 médicaments en vente libre QS33 coordination des soins QT44 communication électronique

5. Contextualisation et prérequis

Dans cette partie, je vais présenter la situation actuelle et les enjeux qui sont ressortis des entretiens avec les différents organismes. Les parties “citées” ont été retranscrites mot-à-mot.

a. Interview ehealth

ehealth est une institution publique fédérale qui promeut et soutient des services et échanges d'informations électroniques entre les acteurs des soins de santé.

Thibaut Duvillier - Administrateur général adjoint de la plateforme ehealth

Au départ, l'intention était une centralisation des données unique, qui a fait face à une levée de boucliers faisant suite à la création de différents réseaux de santé, articulés entre eux. Depuis, de nouveaux projets apparaissent mais la priorité est que les outils existants soient fonctionnels et utilisés par les prestataires de soins voire par les patients. “Beaucoup de gens ont des impressions différentes sur le train de l'e-santé, certains pensent qu'il va trop vite ou d'autre pas assez.”

Les professionnels de la santé ne veulent pas qu'on leur impose de nouveaux outils sans la garantie d'une stabilité des infrastructures. Les bugs informatiques mettent à mal le système, il n'est pas possible d'empêcher les incidents d'avoir lieu mais il faut une alternative viable qui n'influe pas sur la pratique médicale, via des voies secondaires de secours. “Quand le médecin envoie la prescription sur recipe et que le pharmacien ne peut le retrouver, c'est une problématique qu'il faut résoudre prioritairement.”

Concernant les échanges entre professionnels de la santé, la ehealthbox est déjà utilisée entre prestataires de soins, mais il n'est pas possible de vérifier que les données fournies par les prestataires sont effectivement des données médicales. “Au moment où ce sera rentré dans les coutumes, tout le monde veillera à l'utiliser consciencieusement.”

Il est nécessaire de démystifier la numérisation des soins de santé et de donner des explications aux professionnels à travers des cours ou des formations permettant des débats critiques. Les médecins sont plus ouverts au partage et à la multidisciplinarité, mais certains pensent encore que ce sont leurs données et ils ne voient pas ce que l'échange pourrait apporter aux autres prestataires.

Certains médecins estiment que les pharmaciens ne doivent pas avoir accès à certaines informations, des situations sociales, des renseignements médicaux car faisant partie du secret professionnel et à la base même de la relation de confiance médecin-patient. Il faut cependant mettre en balance l'intérêt entre la protection de la vie privée du patient et l'amélioration de la qualité de soins.

Tout échange de données à caractère personnel occasionne des délibérations des comités de sécurité de l'information. Un médecin inspecteur de l'INAMI, contrôleur du SPF, médecin du travail ou de mutualité, médecin contrôle de l'employeur, médecin assureur n'a pas de contrôle sur ces données dans le sens où il ne contribue pas à la qualité des soins du patient, il est donc hors de question qu'il accède au dossier. "Mais malgré tout, il y a des abus." Un accès frauduleux peut-être poursuivi, par plainte du patient, par l'hôpital, par l'ordre des médecins ou par l'autorité de protection des données. Le patient peut exclure à n'importe quel prestataire de soins l'accès à son dossier ou exclure l'accès à un document particulier.

b. Interview RSW

Le Réseau Santé Wallon (RSW) a été créé par l'ASBL Fratem afin de centraliser et rendre accessible aux soignants les données médicales des patients, les biologies, les protocoles d'imagerie, d'hospitalisation, de consultation médicale. L'outil Sumehr est un résumé du dossier patient rédigé par le médecin généraliste et comprend entre autres la liste des médicaments, les problèmes médicaux, les antécédents, les facteurs de risques, les risques sociaux, les allergies et intolérances médicamenteuses, les volontés du patient.

Les pharmaciens hospitaliers peuvent accéder au RSW complet, mais pas les pharmaciens d'officine, car c'est lié à l'organisation interne des hôpitaux, où, dans le cadre de ses fonctions, le pharmacien clinicien accède à toutes les informations cliniques. En ce qui concerne les pharmaciens d'officine "Il y a toujours une rivalité ancestrale. Il reste encore des séquelles chez certains médecins qui ne veulent pas partager leurs informations médicales et qui considèrent les pharmaciens à tort comme exécutants".

Il est clair que le pharmacien a besoin d'informations pour faire son travail de réconciliation médicamenteuse; il a besoin des informations du Sumehr pour vérifier qu'il n'y a pas d'interaction, si les dosages proposés sont corrects, pour vérifier la pertinence de sa délivrance: les allergies, les dosages, les indications thérapeutiques. Alors qu'il y a beaucoup de médicaments pour lesquels l'indication est claire, ce n'est pas vrai pour tous les médicaments qui ont parfois des indications différentes. "Le bêta bloquant est proposé à telle dose, est-ce que c'est parce qu'il est hypertendu, ou insuffisant cardiaque, ou qu'il a des tremblements ou qu'il est tachycarde? Tout ça légitime à mon sens le fait que le pharmacien de ville dispose de ces informations."

Dans les formations à l'e-santé, on explique au médecin de bien encoder dans le Sumehr les informations clés et essentielles pour les pharmaciens : les problèmes sont encodés dans les facteurs de risque, partageables dans le futur avec le pharmacien. Encoder l'insuffisance rénale, ça permet d'éviter que des pharmaciens délivrent des anti-inflammatoires au patient. Pour l'instant, il n'y a rien qui puisse indiquer au pharmacien une indication ou qu'un problème existe quant à la délivrance d'un médicament. Aucun logiciel pharmacien n'a développé de passerelle pour intégrer le RSW. "Ce n'est pas faute d'avoir discuté avec eux, mais ce n'est pas dans leur planning, ce n'est pas obligatoire. Pour les faire avancer, il faut des intérêts commerciaux ou politiques."

On souhaite que les données de santé restent dans les coffres-forts régionaux, car on veut conserver le contrôle de ces données de santé. Si un patient flamand vient consulter un médecin wallon qui lui crée un Sumehr ou un Schéma de

Médication Multidisciplinaire Partagé, celui-ci sera stocké sur le coffre-fort de la Flandre vu qu'il y est domicilié. Et il n'y aura aucun problème pour un médecin wallon de le consulter, c'est l'interopérabilité.

Les logiciels métiers pharmaciens n'ont pas intégré le Schéma de Médication Multidisciplinaire Partagé, retardant le développement de VIDIS. Le Dossier Pharmaceutique Partagé (DPP) permet aux pharmaciens de consulter l'historique des médicaments qui ont été délivrés lors des douze derniers mois. Les pharmaciens souhaitent proposer le DPP comme un réseau de santé, cela permettra au médecin généraliste de savoir ce que le pharmacien a délivré au patient.

Il existe une messagerie instantanée dans l'outil de prescription Recip-e, quand je prescris quelque chose et que ça arrive chez le pharmacien, celui-ci dispose d'un canal pour renvoyer une information vers le prescripteur, mais ce n'est presque pas utilisé. Le système de messagerie, on en retrouve dans le RSW et dans VIDIS, c'est indispensable pour faire la communication entre les prestataires de soins. Le personnel infirmier peut mettre une note dans le journal à destination du pharmacien et du médecin notifiant que le patient a fait une réaction allergique à tel traitement.

c. Interview VIDIS

Jeroen De Wilde - Chef de projet VIDIS - Goedele Reynders - Business Analyst

VIDIS (Virtual Integrated Drug Information System) est un projet de l'INAMI d'organiser et stimuler le partage de données et d'informations entre toutes les parties impliquées dans le processus médicamenteux, notamment en créant un Schéma de Médication Multidisciplinaire Partagé (SMMP) où les pharmaciens, médecins, dentistes, sages-femmes auraient le droit d'écriture. Celui qui modifie le schéma de médication modifie également celui-ci pour chaque autre praticien. Le patient n'a pas le droit de le modifier mais bien de le visualiser.

VIDIS veut rassembler le schéma de médication, les journaux dans le coffre-fort, le DPP, les prescriptions ouvertes et à terme les remboursements et chapitre IV.

L'historique des médicaments délivrés pendant les six derniers mois sera visible dans VIDIS. Si chacun remplit le schéma de médication partagé, cela devient la référence et la situation la plus actuelle de la prise de médicaments par le patient.

VIDIS pourrait être un des moyens pour échanger entre médecins et pharmaciens. Les difficultés pour l'instant sont l'interopérabilité du schéma de médication partagé dans le coffre-fort, et le fait qu'il ne soit pas encore intégré dans tous les logiciels des pharmaciens et des médecins. Au niveau de la communication entre médecins et pharmaciens, l'impact est qu'il va réellement y avoir une augmentation de la collaboration vu qu'ils modifieront le même Schéma de Médication Multidisciplinaire Partagé, qu'ils pourront commenter au travers des notes de journal.

De plus, Vidis pourrait comprendre l'indication de traitement, qui pour l'instant est optionnel pour le médecin et dans la plupart des cas non rempli. "L'idée pour le futur est que cela soit rempli systématiquement. Si on demande à partager le DPP avec l'équipe de soins infirmiers, médecins généralistes et hospitaliers ou si l'on demande à partager l'indication de traitement ou les antécédents c'est uniquement dans le but d'augmenter la qualité de soins pour le patient."

d. Interview ABSyM

ABSyM (Association Belge des Syndicats Médicaux) est un syndicat de médecins ayant pour but la défense des valeurs et des intérêts des médecins et de leurs patients.

Jacques de Toeuf - Président honoraire de l'ABSyM

Au sein d'ehealth, le comité des utilisateurs, créé par la loi, reprend toutes les personnes qui donnent leur avis sur la gestion de l'infrastructure d-ehealth et des connexions entre les différents intervenants. Dans ce comité des utilisateurs, il y a un groupe de travail accès, où on discute des conditions et des limitations éventuelles à apporter au système de la consultation, dont font partie certaines associations, des syndicats, les mutuelles. La décision finale des accès doit être validée par le comité de gestion de la plateforme ehealth où sont représentés les ministres fédéraux, régionaux, et communautaires, où sont représentés l'INAMI et

la santé publique, les mutuelles, la fédération de l'industrie et certaines professions, les médecins, les pharmaciens, les infirmiers, représentés par leurs syndicats.

Sur le plan théorique, le consentement éclairé est bien défini mais dans la pratique, l'explication détaillée au patient sur sa nature et son contenu est parcellaire, le temps nécessaire en consultation ou la connaissance du médecin étant deux facteurs limitants. Les données médicales ou les données de santé n'appartiennent ni au médecin, ni à l'hôpital ni à qui que ce soit, mais bien au patient.

Il est logique d'ouvrir l'historique de délivrance des médicaments au médecin prescripteur lui donnant un accès direct au départ de son dossier médical informatisé. Les pharmaciens sont prêts à partager cet accès, mais veulent que le médecin donne l'indication pour laquelle il a prescrit le médicament. L'ABSyM ne veut pas partager l'indication de traitement parce que ce n'est pas le métier du pharmacien, comme ce n'est pas le métier du médecin de pouvoir définir toutes les incompatibilités. Les pharmaciens ne sont pas compétents de part leur formation pour interpréter un diagnostic. Il existe tout une série de prescriptions de médicaments qui sont faites hors indication officielle, par exemple parce qu'ils ne sont pas encore reconnus par l'autorité publique. La crainte est de se voir refuser une série de prescriptions hors indication. L'ABSyM a interrogé des généralistes dans des cercles de médecins généralistes, qui sont contre le fait d'être obligés de transmettre l'indication.

Le métier des pharmaciens et leurs recettes sont menacés et ils ont inclus dans leur rémunération le conseil pharmaceutique, afin de donner aux malades des conseils personnalisés. "On les voit de plus en plus vouloir prendre une place qui est en partie celle occupée par les généralistes, avec la création dans leurs pharmacies d'espaces plus confidentiels pour interroger. Ils demandent pour l'instant de pouvoir vacciner les patients. Ils ont demandé à pouvoir faire, il y a quelques mois, les dépistages de diabète ou autre au nom de la contribution à une meilleure santé publique."

En disposant dans une base de données à la fois du médicament et de la raison de la prescription, ces données là, même anonymisées, constituent une mine d'or pour les firmes pharmaceutiques ou IQVIA, qui est une multinationale qui rassemble toutes les données des grossistes. Ils peuvent alors identifier les prescripteurs et savoir qui il faut cibler afin de commercialiser les données des soins de santé.

Concernant VIDIS, dans la phase 3 qui est prévue, le pharmacien pourrait renouveler les prescriptions pendant une durée d'un an pour les malades chroniques sans qu'il faille un contact médical entre le médecin et le patient pour juger de la pertinence de la prolongation.

“Le partage c'est la meilleure des choses, la multidisciplinarité, tout le monde fait tout dans une organisation commune où chacun travaille ensemble avec les autres pour le bien du malade, ça c'est très joli, mais ce n'est pas satisfaisant.” Beaucoup de malades ne donnent pas des autorisations d'accès à l'entièreté de leur dossier médical, même pour d'autres médecins. “Quand un patient est admis pour une cholécystectomie dans un hôpital, il n'a pas nécessairement envie qu'on sache que deux ans avant il a été hospitalisé en psychiatrie.” Le partage des données absolue n'est pas nécessaire pour suivre un traitement ou le décider et ça ouvre la porte au malade à partager des choses qu'il n'a pas forcément envie de partager.

Le dossier c'est le malade qui le pilote et il faut permettre à un binôme médecin patient de décider en concertation quelle est la partie du dossier qui sera ouverte et accessible pour nous. Il faudrait aller vers un concept qui est un accès à la carte en fonction des besoins, qui serait décidé au cours de la consultation médecin patient, le couple médecin-patient dirait qui peut avoir accès à tel aspect du dossier médical.

e. Interview APB

L'Association Pharmaceutique Belge (APB) est une fédération nationale des pharmaciens d'officine indépendants ayant pour but la défense et la promotion de la profession ainsi qu'une réflexion sur les nouveaux services en pharmacie.

Alain Chaspierre, porte-parole de l'APB

“Il y a trois problèmes majeurs en Belgique, le déficit d'adhésion thérapeutique, la littératie en santé et les poly-médications. Premièrement, la moitié des gens ne suivent pas leur traitement dans les pathologies chroniques avec des coûts et des consommations de soins évitables dont on pourrait augmenter l'efficacité. Deuxièmement, 40% des belges n'ont pas bien compris dont 13% n'ont pas compris du tout leur traitement.⁹ Troisièmement, il y a 42000 hospitalisations¹⁰ par an en Belgique avec 200 millions d'euros de dépenses pour des problèmes liés aux médicaments.” Les médecins et les pharmaciens devraient plus collaborer entre eux pour résoudre ces problèmes et les outils de l'e-santé peuvent aider.

Il faut que le pharmacien, sur base de l'indication du traitement, puisse réexpliquer l'intérêt de la médication au patient et renforcer les messages des médecins prescripteurs. Les pharmaciens n'ont pas besoin de l'ensemble des données médicales, mais des données lui permettant de jouer son rôle de manière optimale. C'est-à-dire veiller à la bonne prescription, aux posologies, si le patient a bien compris l'intention thérapeutique du médecin, de veiller au bon usage du médicament, aux problèmes d'interactions médicamenteuses et de compléter le schéma de médication avec des moments de prise ou des recommandations de bon usage.

Aujourd'hui, le pharmacien doit deviner pourquoi le médecin a prescrit ce médicament au patient ce qui joue un rôle négatif sur l'adhésion thérapeutique. “Par exemple, le médecin veut prescrire un antidépresseur dans le cas de douleurs neuropathiques par exemple, et moi j'aborde le problème sous l'angle de la dépression, alors le patient se demande, mais enfin qu'est-ce que mon médecin m'a prescrit là ? En revanche, je peux comprendre qu'à certains

moments l'indication ne soit pas mentionnée. Notre rôle essentiel, c'est de permettre un bon usage du médicament par le patient, et si on a une information qui est la plus fondée possible et la plus en corrélation avec ce que le médecin a expliqué au patient, ça permet de renforcer le message.”

“Il y a une très mauvaise compréhension de comment l'e-santé est organisée en Belgique et c'est un peu le terreau pour raconter tout et n'importe quoi et créer des peurs notamment via les réseaux sociaux qui sont non fondées. L'ABSyM nous accuse déjà d'aller vendre après ces données, et là je tombe de ma chaise, car quand on parle du dossier vidis, les sources restent bien à leur place, c'est juste une plateforme de regroupement, et donc c'est impossible de les vendre pour être très clair.”

Le pharmacien ne refuse pas de délivrer un médicament, lorsqu'il constate un problème sérieux, il doit téléphoner au médecin prescripteur. On enseigne au pharmacien comment réagir par rapport à une ordonnance, le faire en dehors du patient, téléphoner au médecin généraliste après accord du patient, trouver un accord avec lui et revenir avec le patient. Le pharmacien ne remet pas en cause la pertinence du traitement, mais le cadre dans le schéma de médication et recherche s'il n'y a pas d'interactions médicamenteuses.

Un service qui va être implémenté en pharmacie, c'est la revue de la médication, pour des patients cibles polymédiqués, le pharmacien fera un rapport électronique au médecin généraliste, sur certains problèmes, ou la pertinence de certains traitements sur le long court, de pouvoir l'alerter sur certaines situations à risque, avec également un indicateur sur le niveau d'adhésion thérapeutique. Les softs pharmaciens sont équipés par rapport à l'adaptation des posologies en fonction de l'insuffisance rénale. “Ce qui serait intéressant c'est d'accéder au niveau de fonction rénale.”

Dans le contexte VIDIS, lorsqu'un pharmacien délivre un médicament, il devient comme un prescripteur de la ligne et il ajoute le médicament en vente libre dans le schéma de médication du patient. Tous les médicaments délivrés au patient, prescrits ou non, vont revenir au médecin, afin qu'il ait une visibilité sur

l'ensemble des médicaments utilisés par le patient, y compris les substitutions en cas de médicament manquant.

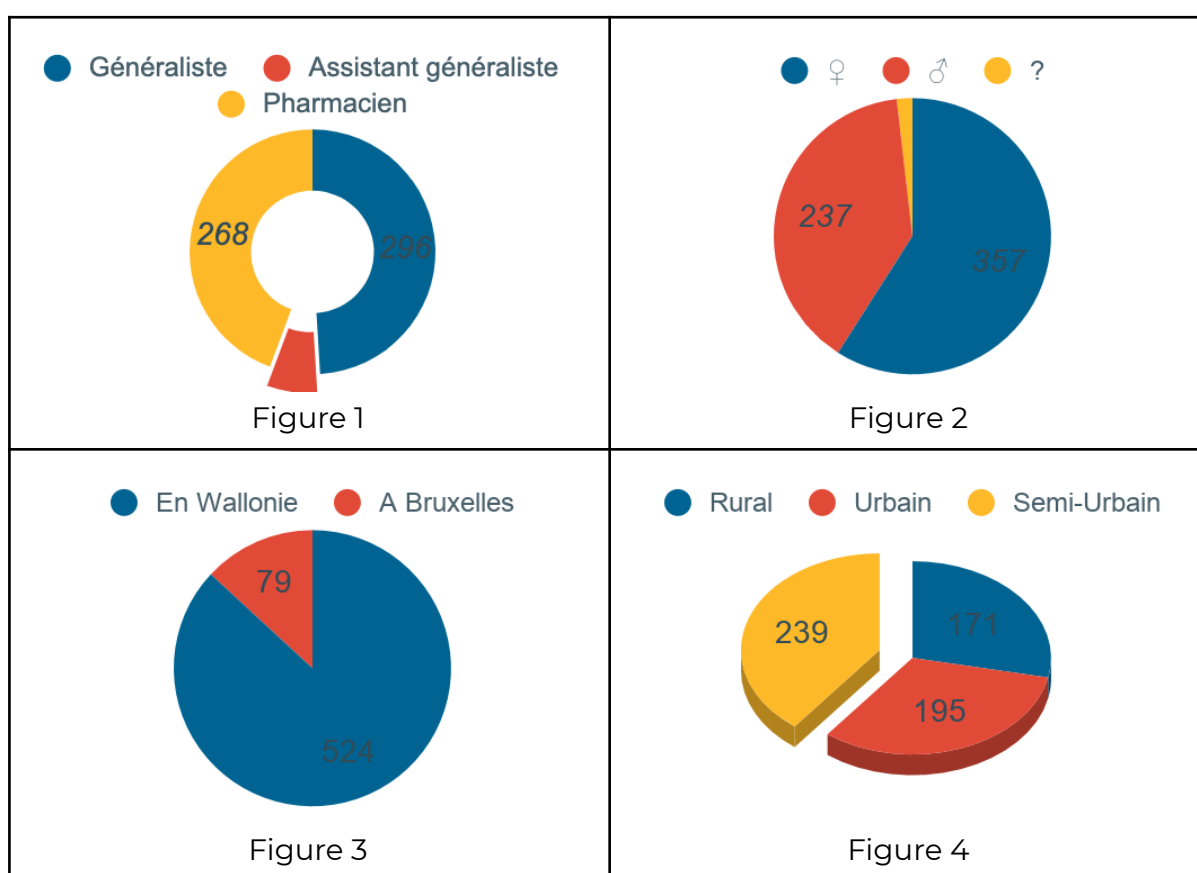
Les facteurs de risques sont partageables avec les officines mais les softs ne sont pas adaptés. Concernant les allergies ou les intolérances, le médecin pourrait partager l'existence d'une allergie IgE médiée, le pharmacien pourrait rapporter des effets secondaires, ce serait un partage de données. Les softs dépendent de boîtes privées, tant qu'il n'y a pas d'obligation de l'état, ils estiment toujours qu'ils ne gagnent jamais assez d'argent pour le développement des softs professionnels. Il faudrait des exigences des autorités publiques par rapport à ces softs en ce qui concerne l'amélioration de la qualité des soins et l'échange des données.

Aujourd'hui, le consentement éclairé ne fait pas de distinction, à partir du moment où le patient donne son consentement, il donne son consentement pour l'ensemble des échanges de données. "Il devrait y avoir une réflexion politique sur la notion de consentement dans notre pays."

6. Résultats de l'analyse quantitative

Les notions les plus pertinentes pour ce travail sont explicitées dans cette partie, l'intégralité des résultats appuyés de graphiques peut-être consultée en annexe. Les commentaires des médecins et pharmaciens relatifs à certaines questions y figurent également. Au travers des graphiques, les médecins sont représentés par

le logo  et les pharmaciens sont représentés par le logo .



Le questionnaire a obtenu un échantillon de 609 personnes. Concernant les données des participants, 59% de femmes, 39% d'hommes, 13% travaillant à Bruxelles contre 86% en Wallonie, 44% de pharmaciens et 49% de médecins généralistes.

Années de pratique de l'échantillon

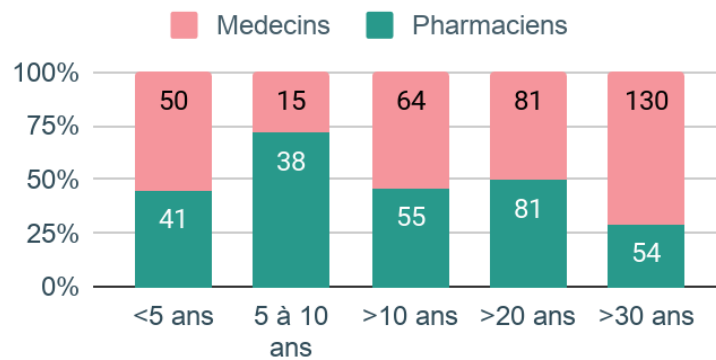


Figure 5

Alors que 84% des médecins utilisent le Réseau Santé Wallon au moins plusieurs fois par semaine, 95% des pharmaciens disent ne jamais l'utiliser, ne pas le connaître ou ne pas y avoir accès. En ce qui concerne le schéma de médication multidisciplinaire partagé, 60% des médecins et 87% des pharmaciens disent ne jamais utiliser, ne pas connaître ou ne pas avoir accès. (607 réponses - Figure 6)

Réticences à l'utilisation des réseaux de santé

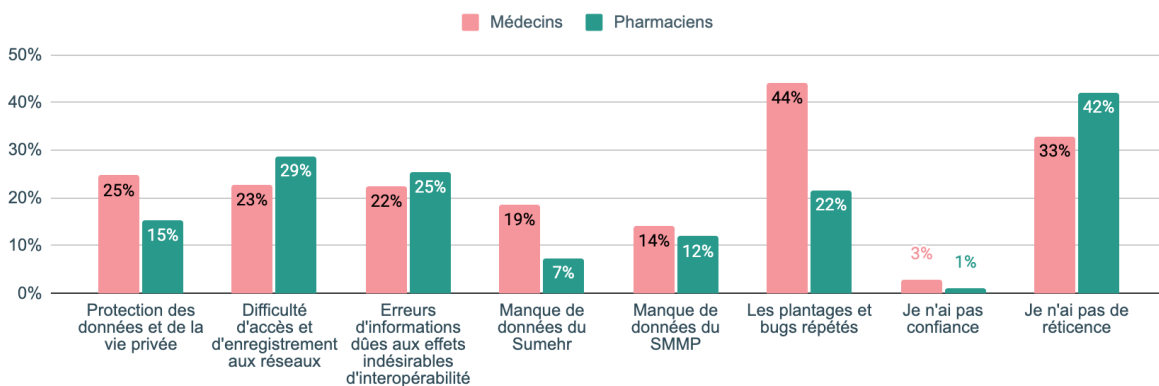


Figure 7

33% des médecins et 42% des pharmaciens disent ne pas avoir de réticence à l'utilisation des réseaux de santé, contre 3% des médecins et 1% des pharmaciens qui disent ne pas avoir confiance. Les points principaux soulevés sont les plantages et bugs répétés (44% des médecins et 22% des pharmaciens), la difficulté d'accès et d'enregistrement aux réseaux (23% des médecins et 29% des pharmaciens) ainsi que la protection des données et de la vie privée (25% des médecins et 15% des pharmaciens). (607 réponses) Certains répondants ont également mentionné leur manque de connaissance des outils, leur manque de

formation informatique, l'utilisation des données à des fins commerciales, la non-implémentation des outils dans les softs, le nombre de réseaux différents.

Items du Sumehr estimés utiles au pharmacien selon les médecins et pharmaciens

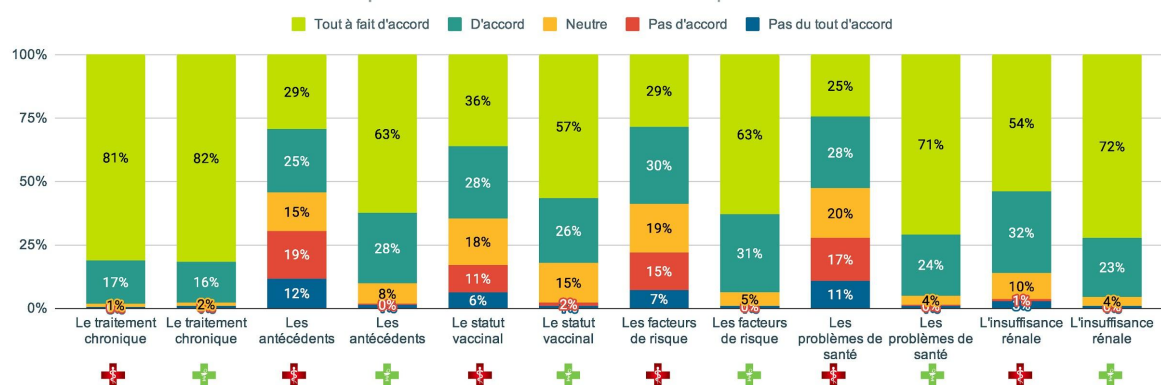


Figure 8

Concernant le partage du Sumehr avec le pharmacien, 54% des médecins et 91% des pharmaciens estiment utile le partage des antécédents, respectivement 59% et 94% des facteurs de risques, 53% et 95% des problèmes de santé, 86% et 95% de l'insuffisance rénale. (596 réponses)

Avis des médecins et pharmaciens sur l'ouverture du Sumehr au pharmacien

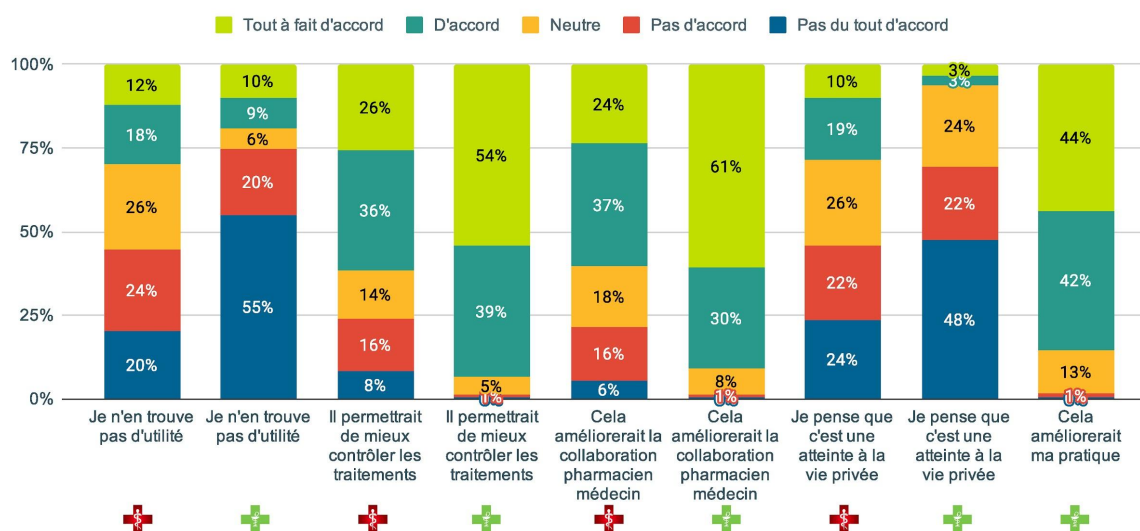


Figure 9

Concernant le partage du Sumehr avec le pharmacien, 62% de médecins et 93% de pharmaciens pensent que cela permettrait de mieux contrôler les traitements, 61% de médecins et 91% de pharmaciens pensent que cela améliorerait leur collaboration, et 86% des pharmaciens pensent que cela améliorerait leur

pratique. Seuls 29% des médecins et 6% des pharmaciens pensent que c'est une atteinte à la vie privée. (600 réponses)

Informations que les médecins souhaitent partager versus attendues par les pharmaciens

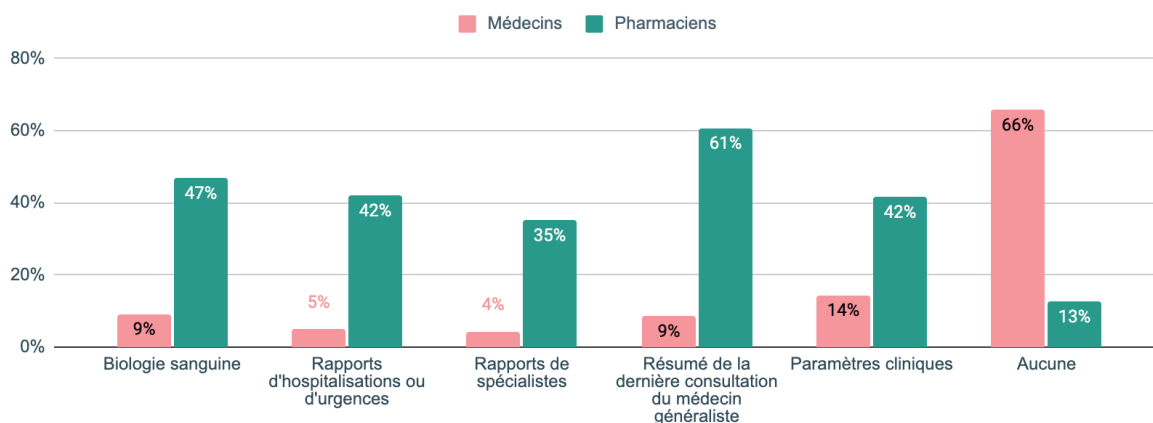


Figure 10

Moins de 10% de médecins généralistes sont prêts à communiquer au pharmacien les biologies sanguines, rapports d'hospitalisation, des urgences, de généralistes ou de spécialistes. Pourtant, les pharmaciens sont entre 35% à 60% à demander leur consultation. 66% des médecins ne veulent partager aucune des informations citées. (605 réponses). Certains répondants ont également mentionné la nécessité de communiquer les allergies, les intolérances médicamenteuses, l'insuffisance hépatique, les abus médicamenteux.

Avis des prestataires de soins quant au partage de l'indication de traitement

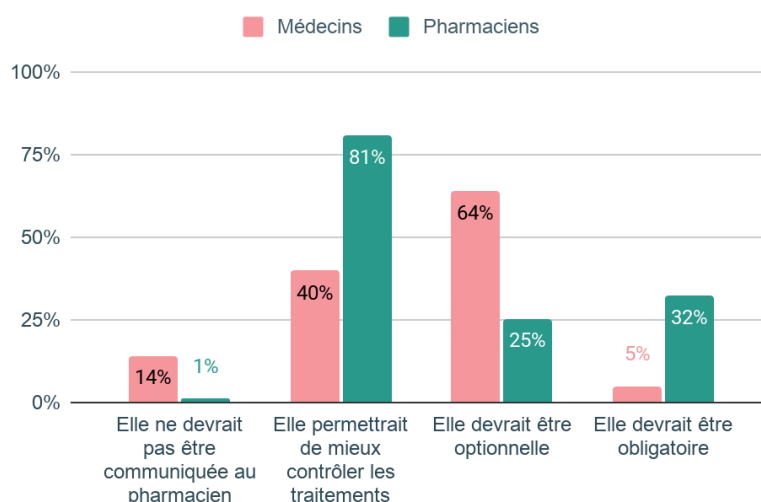


Figure 11

A propos de l'indication de traitement, seuls 14% des médecins et 1% des pharmaciens pensent qu'elle ne devrait pas être communiquée au pharmacien. 40% des médecins et 81% des pharmaciens pensent qu'elle permettrait de mieux contrôler les traitements. 64% des médecins pensent que cette indication devrait être optionnelle et 5% obligatoire. 25% des pharmaciens pensent que cette indication devrait être optionnelle et 32% obligatoire. (605 réponses) Certains répondants ont également mentionné la nécessité de l'accord du patient.

83% des médecins souhaitent consulter et 80% des pharmaciens souhaitent partager automatiquement l'historique des médicaments délivrés aux patients ainsi que 73% des médecins contre 65% pour les médicaments en vente libre. 83% des pharmaciens et 54% des médecins souhaitent partager le schéma de médication pharmaceutique. (607 réponses - Figure 12) Certains répondants ont également mentionné le droit de ne pas communiquer d'informations médicales, la peur d'être systématiquement contrôlé, la nécessité d'un partage dans les deux sens, la communication des abus médicamenteux.

Informations que les pharmaciens souhaitent pouvoir notifier activement versus attendues par les médecins

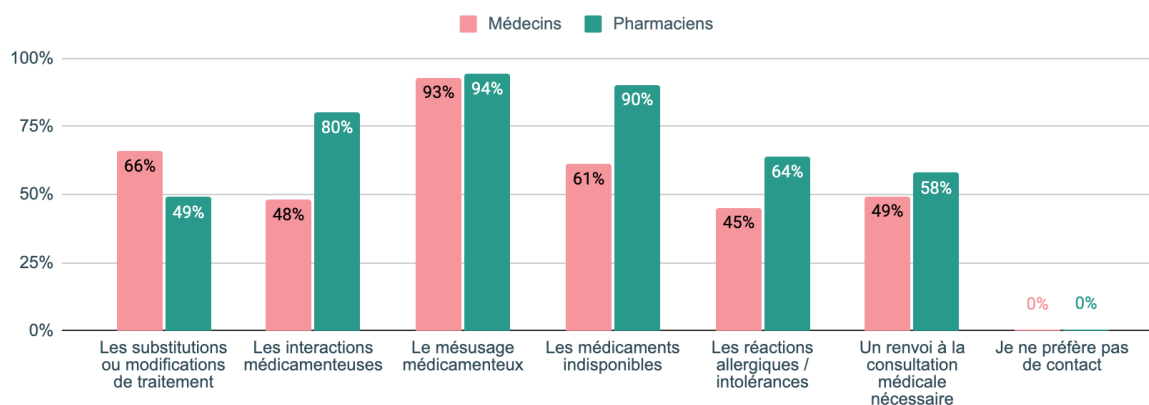


Figure 13

93% et 94% respectivement des médecins et pharmaciens souhaitent pouvoir notifier du mésusage médicamenteux (abus, shopping médical). 80% des pharmaciens souhaitent notifier les interactions médicamenteuses et 48% des médecins souhaitent les recevoir. 66% des médecins voudraient être avertis des substitutions ou modifications de traitement, contre 49% de pharmaciens. 90% de pharmaciens souhaiteraient pouvoir notifier les médicaments indisponibles

contre 61% de médecins souhaitant recevoir cette information. (608 réponses)
Certains répondants ont également mentionné les erreurs de prescriptions, les coûts, les interactions sévères, les informations pertinentes uniquement, les abus, le niveau d'adhésion thérapeutique et le motif de substitution.

Les médecins envisagent comme outil d'échange, dans l'ordre, le téléphone 69% contre 42% chez les pharmaciens, 54% au travers de leur logiciel contre 50%, 46% des médecins par mail contre 55%. (608 réponses - Figure 14) Certains répondants ont également mentionné la ehealthbox, les SMS, le FAX.

Avis des médecins et pharmaciens sur le partage avec le médecin de l'historique des médicaments délivrés

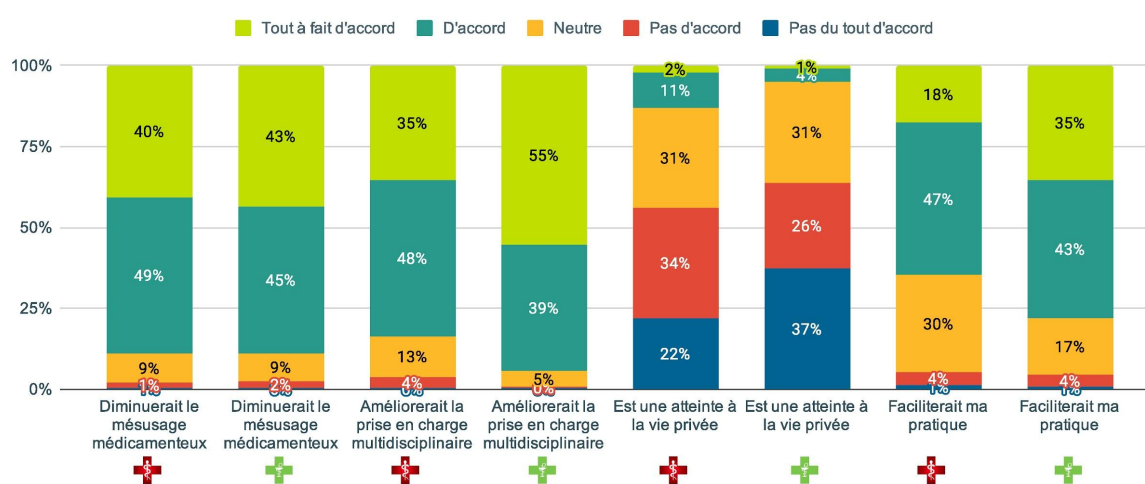


Figure 15

Concernant le partage avec le médecin de l'historique des médicaments délivrés, 89% des médecins et 88% des pharmaciens pensent que cela diminuerait le mésusage médicamenteux (abus, shopping médical), 83% de médecins et 94% de pharmaciens pensent que cela améliorerait la prise en charge multidisciplinaire, 65% des médecins et 78% des pharmaciens pensent que cela faciliterait leur pratique. Seuls 13% des médecins et 5% des pharmaciens pensent que c'est une atteinte à la vie privée. (604 réponses)

A propos de la création d'outils permettant de faire des demandes spécifiques au pharmacien, 84% de médecins et 97% de pharmaciens y seraient favorables pour dépister les abus médicamenteux, 49% des médecins et 77% des pharmaciens pour adapter la dose à la fonction rénale, 66% des médecins et 96% des

pharmaciens pour rechercher des interactions médicamenteuses. (602 réponses - Figure 16)

Avis des médecins et pharmaciens sur le schéma de médication multidisciplinaire partagé

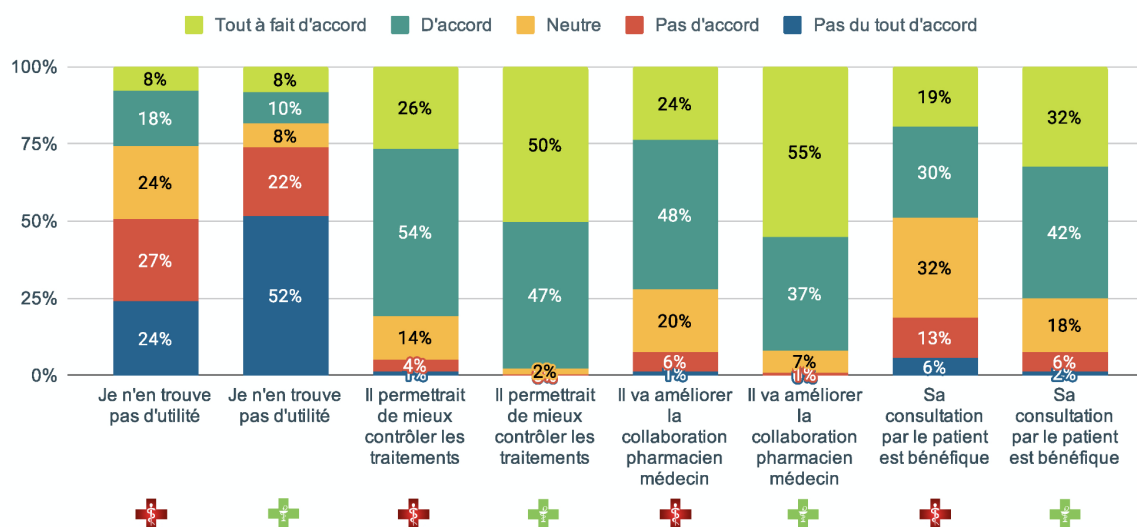


Figure 17

A propos du schéma de médication partagé, 74% des pharmaciens et 51% des médecins ne sont pas du tout ou pas d'accord avec son manque d'utilité. Au contraire, 80% des médecins et 97% des pharmaciens pensent qu'il permettrait de mieux contrôler les traitements, 72% des médecins et 92% des pharmaciens pensent qu'il améliorerait leur collaboration. Enfin, 49% des médecins et 74% des pharmaciens pensent que la consultation du schéma de médication par le patient est bénéfique. (601 réponses)

Dans les commentaires libres en fin de questionnaire, certains médecins ont fait part de leurs craintes par rapport aux avances de médicaments par les pharmaciens, à la délivrance de produits en vente libre (homéopathiques, huiles essentielles,...), au risque de commercialisation, à l'appropriation des compétences des médecins, à l'encodage chronophage, au défaut de consentement éclairé du patient, à la différence entre les schémas de médications. Certains pharmaciens ont mentionné leur recherche de collaboration, leur sentiment d'être exclus du processus médical, la dépendance aux outils informatiques, le besoin de rémunération pour certains actes, les problèmes de communication dans les abus médicamenteux, la perte d'information des médicaments en vente libre sur internet.

7. Discussion

Les résultats de mon travail ont abordé la question de recherche, à savoir la communication interprofessionnelle des données de santé au travers des réseaux de santé est-elle adéquate aux attentes des pharmaciens et des médecins généralistes en Fédération Wallonie-Bruxelles ?

Les résultats de mon enquête ont montré les attentes spécifiques concernant différents outils actuels ou en cours de développement, les volontés d'accéder ou partager certaines données de santé de la part des médecins ou des pharmaciens, les réticences et exigences quant à leur utilisation, les canaux privilégiés pour la communication, ainsi que les avis et intentions quant à la collaboration dans certaines situations.

Au départ, les interviews des organismes ont permis de dresser un profil de la situation actuelle et des perspectives afin d'élaborer un questionnaire adéquat. Cependant, il existe un biais car la reformulation des interviews peut comporter des erreurs de fixation amenant à focaliser l'attention au détriment d'autres informations pertinentes. De plus, les articles que j'ai pu citer dans mon travail peuvent comprendre un biais de confirmation, tendance à privilégier les informations confirmant ses hypothèses.

Notons qu'un des organismes, après m'avoir accordé une interview, s'est rétracté à la lecture de la retranscription de celle-ci, refusant toute apparition dans mon travail par crainte d'une portée politique qui le mettrait en porte-à-faux par rapport à ses collaborateurs. Dès lors, il existe peut-être des notions qui n'ont pas pu être explicitées. Il aurait également été intéressant d'interroger d'autres organismes, associations et syndicats afin d'obtenir d'autres positions et points de vue sur le sujet.

Mon travail n'a pas abordé des sujets essentiels tels que la protection des données et de la vie privée ou encore l'aspect éthique du partage des données sensibles, ceux-ci pourraient constituer un thème à part entière. Le groupe d'éthique

interuniversitaire pour la médecine générale (GEIMG) n'a pas jugé opportun de soumettre un dossier au comité d'éthique.

L'échantillon de 609 personnes est extrapolable à la population de 15 744 médecins et pharmaciens travaillant en Fédération Wallonie-Bruxelles, représentatif car c'est un échantillon aléatoire simple. Trois non-médecins ont été exclus (612 répondants). Concernant les données des participants, 59% de femmes, 39% d'hommes, 13% travaillant à Bruxelles contre 86% en Wallonie, 44% de pharmaciens et 49% de médecins généralistes (Figure 1-4). Toutes les tranches d'âge ont été représentées, avec une surpondération des plus de 30 ans de pratique chez les médecins généralistes qui correspond au manque d'une catégorie "plus de 40 ans" (Figure 5).

L'intervalle de confiance est défini à 95% et la marge d'erreur à 4%. Cela signifie que l'on est sûr à 95% que la vraie valeur se situe au maximum à plus 4% ou moins 4% de la valeur énoncée dans le sondage. A noter qu'il peut y avoir un biais de sélection par volontariat, conduisant à une surreprésentation des personnes intéressées par le sujet. Les résultats ont été interprétés par analyse graphique en barre et circulaire. Aucune notion de profit ni de lien de subordination n'est à déclarer.

a. Le Sumehr

L'outil Sumehr, le résumé du dossier patient rédigé par le médecin généraliste, reprend la liste des médicaments, les problèmes médicaux, les antécédents, les facteurs de risques, les risques sociaux, les allergies et intolérances médicamenteuses, les volontés du patient et est accessible aux médecins ainsi qu'aux pharmaciens hospitaliers. Ces données sont exportées dans des coffres-forts régionaux (RSW) afin de les rendre disponibles continuellement. En revanche, les protocoles des laboratoires et des hôpitaux sont conservés par ces derniers, le Réseau Santé Wallon permettant uniquement de créer un chemin pour y accéder. Ces derniers ne sont pas accessibles aux pharmaciens d'officine.

La consultation du Sumehr n'est pas autorisée pour tous les prestataires de soins. Chaque item peut être ou non consulté selon le type de professionnel de la santé,

médecin, pharmacien, infirmier,... Par exemple, le médecin aura un accès au Sumehr complet, tandis que le pharmacien d'officine aura un accès partiel au Sumehr qu'on appellera le "Sumehr filtré". La matrice d'accès complète selon le type de document et le type de professionnel peut être consultée en annexe. A noter qu'il n'est nullement obligatoire de partager des données ultra-sensibles, qui ne se retrouvent alors pas dans le Sumehr.

	Médecin (tous)	Pharmacien d'officine	Pharmacien hospitalier
Allergies & intolérances médicamenteuses	oui	oui	oui
Risques sociaux	oui	non	non
Facteurs de risques	oui	oui	oui
Problèmes du patient (et/ou diagnostics)	oui	non	oui
Antécédents	oui	non	oui
Médication active	oui	oui	oui
Vaccins	oui	oui	oui
Volontés du patient	oui	non	oui

Il y a une forte discordance d'utilisation du RSW des pharmaciens par rapport aux médecins. Neuf pharmaciens sur dix voudraient accéder au Sumehr complet alors que la matrice d'accès actuelle ne le permet pas. Pourtant, six médecins sur dix sont favorables à son partage avec le pharmacien et pensent que cela améliorerait leur collaboration et le contrôle des traitements. Seuls 29% des médecins considèrent cet accès comme une atteinte à la vie privée. En revanche, moins de 10% de médecins sont d'accord pour partager des données plus sensibles qui ne font pas partie du Sumehr, comme les rapports médicaux ou les biologies.

La consultation éclairée du Sumehr complet permettrait au pharmacien de vérifier les interactions médicamenteuses avec un problème de santé. Certains problèmes de santé nécessitent une attention particulière lors de la prise de médicaments comme par exemple les malabsorptions après chirurgie

bariatrique, les bêta-bloquants dans l'asthme, les anti-inflammatoires dans l'insuffisance rénale, l'allergie à la pénicilline, les médicaments effervescents dans l'hypertension artérielle, les oestrogènes et un antécédent thrombo-embolique, les antiémétiques et la maladie de Parkinson,... etc. Pour répondre à cette problématique, les médecins généralistes sont formés pour encoder dans l'outil "Facteurs de risques" les items qui pourraient être utiles aux pharmaciens, mais ceci reste peu utilisé.

Les items essentiels comme les "Facteurs de risques", "Allergie" ou "Interactions médicamenteuses" du Sumehr sont pourtant théoriquement accessibles au pharmacien d'officine, mais il n'existe pas de synchronisation avec les logiciels des pharmaciens. Néanmoins, ils pourraient les consulter au travers du portail RSW mais cette tâche est rébarbative et nécessite une validation par parrainage pour l'inscription au RSW. Ces fonctionnalités ne sont pas encore développées par les firmes de logiciels, empiétant sur la qualité des échanges de données.

Un des rôles du pharmacien est de revoir les traitements afin d'éviter les surdosages, les sous-dosages, les mésusages, les cascades médicamenteuses, les sous prescriptions, les erreurs d'indication ou de prescription, les doublons, les interactions avec des médicaments ou avec des problèmes de santé, les erreurs de galénique ou de fréquence d'admission. La revue de médication a pour but d'optimiser les bénéfices du traitement et de minimiser les risques liés au traitement, prenant tout son sens chez la personne âgée ou polymédiquée. Par exemple l'outil STOPP/START ¹¹ est une liste qui tend à mettre en évidence les médicaments sur-prescrits, sous-prescrits ou erronément prescrits.

L'intervention du pharmacien est bénéfique ¹² pour corriger les problèmes de prescription médicamenteuse. Une revue systématique de la littérature, publiée en 2020 dans Pharmacy montre que 18% des cas, le médecin généraliste arrête le médicament ou en réduit la dose après concertation avec le pharmacien. ¹³ Cependant, si les études sont nombreuses en ce qui concerne les données d'hospitalisation ou d'effets secondaires liés aux médicaments, les interventions du pharmacien n'ont, malgré leurs bénéfices, pas démontré de réduction significative sur la mortalité ou le nombre d'hospitalisations.

Une étude qualitative en Flandre, publiée en 2020 dans *International Journal of Clinical Pharmacy* ¹⁴ suggère une meilleure qualité de la revue de médication lorsqu'elle comprend l'indication, les allergies et certaines valeurs de laboratoire. Elle montre que les médecins généralistes sont ouverts aux suggestions des pharmaciens.^{14,15} Le partage électronique des données patient constituerait un levier à sa réalisation, la plupart des médecins généralistes interrogés pensent que les pharmaciens devraient accéder aux dossiers médicaux du patient, uniquement à des fins pharmacothérapeutiques.

Par ailleurs, lorsque j'ai travaillé dans le milieu hospitalier, les prescriptions médicamenteuses étaient revues systématiquement par un pharmacien clinicien. Ses suggestions étaient annotées en dessous de chaque médicament dans le schéma de médication du patient hospitalisé. Des réévaluations médicamenteuses étaient fréquentes, laissant au médecin la liberté de les prendre en compte ou de les justifier directement dans l'item de prescription, ou lors de réunions pluridisciplinaires avec le pharmacien clinicien. Cette façon de fonctionner manque peut-être à la médecine générale et les outils informatiques permettraient d'apporter une fluidité à cette pratique, par exemple en permettant au pharmacien d'annoter les prescriptions, ou établissant un compte rendu informatif type revue de médication qui pourrait être envoyé au médecin par voie électronique au travers des réseaux de santé.

Plusieurs projets pilotes en Belgique à l'origine de l'INAMI comme RESINAM (Projet Pilote Soins Intégrés en faveur des malades chroniques de Namur présentant une fragilité psychique et/ou sociale) ou PACT (Plan d'Accompagnement Concerté Transversal) explorent les bénéfices de la collaboration médecin-pharmacien dans les revues médicamenteuses chez les patients âgés ou polymédiqués. La naissance de tels projets amènera peut-être de nouveaux éléments à prendre en considération.

b. Dossier Pharmaceutique Partagé

Le dossier pharmaceutique partagé est un outil qui permet aux pharmaciens de consulter l'historique de délivrance, en ce compris les médicaments en vente libre, des 12 derniers mois entre les pharmacies, la plupart inscrites à ce service payant. A l'heure actuelle, il n'est pas partagé avec les médecins. Il deviendra un réseau à part entière, qui pourrait être articulé et permettre in fine l'accès aux autres prestataires de soins, et dans un premier temps à l'historique des médicaments soumis à prescription. Ce partage reste cependant limité car tous les médicaments en vente libre ne sont pas systématiquement encodés par le pharmacien. De plus, les médicaments délivrés ne correspondent pas toujours aux médicaments pris par le patient.

Malgré cela, 83% des médecins veulent accéder à cet historique de délivrance. Cela leur permettrait de connaître la liste de médicaments pris par le patient dont ceux ordonnés par d'autres prescripteurs. Ils pourraient alors contrôler la quantité de boîtes de médicaments délivrées, vérification utile dans le mésusage médicamenteux, les abus ou le contrôle de la compliance du patient. L'accès aux médicaments en vente libre permettrait aux médecins de détecter plus facilement des interactions avec des problèmes de santé, des effets secondaires ou des interactions avec des médicaments. Enfin, l'accès en hospitalier de la liste de médicaments récemment délivrés permettrait de limiter le nombre d'erreurs quant au traitement chronique parfois méconnu par le patient.

Actuellement, les associations pharmaceutiques négocient cet accès au Dossier Pharmaceutique Partagé par les médecins avec le partage de l'indication de traitement. Cette négociation relargue inexorablement le bien du patient au second plan d'objectifs plus corporatistes.

c. Schéma de Médication Multidisciplinaire Partagé

VIDIS est une plateforme qui regrouperait dans un endroit unique les informations concernant les médicaments. Cela permettrait d'avoir un schéma de médication qui serait multidisciplinaire et partagé (SMMP) entre tous les prestataires de soins. Chaque ajout ou modification d'un médicament par un prestataire serait synchronisée et accessible par tous, dont le patient. Ce système regrouperait également l'historique des médicaments délivrés, les ordonnances électroniques en cours, les remboursements autorisés par la mutuelle. A ce jour, cet outil est peu utilisé et méconnu des prestataires de soins car non intégré dans leurs logiciels.

Cet outil intègre un système de notes de journal lié au patient permettant un échange entre médecins et pharmaciens, dont 23% des médecins et 52% des pharmaciens envisageraient son utilisation. Un médicament prescrit pourrait également être accompagné d'une indication, par exemple un diagnostic, un symptôme ou une intention thérapeutique. Cela permettrait d'obtenir un schéma de médication clair, pour le patient comme pour les professionnels de la santé, et de connaître la raison de la prescription. Il serait utile aux médecins dans la compréhension du traitement chronique, notamment pour les médicaments prescrits par d'autres prescripteurs. Au vu de l'indication liée, il permettrait d'inciter le médecin à une réévaluation du médicament : sur base cette l'indication, ce médicament est-il toujours approprié? Ceci pourrait peut-être résoudre la problématique du Sumehr qui est difficilement consultable par le pharmacien.

Le partage de cette indication avec le pharmacien fait débat. Elle lui permettrait d'améliorer la compréhension du patient sur le rôle de son médicament permettant d'augmenter la compliance, en appuyant les explications du médecin. L'indication permettrait également de diminuer les erreurs médicamenteuses, servant de garde-fou et confirmer que le traitement a du sens avec l'intention thérapeutique du médecin.

À l'étranger, le Dossier Santé Québec ¹⁶ est utilisé depuis 2013 par les pharmacies et permet d'accéder à la liste de médicaments soumis ou non à une ordonnance médicale, il comprend l'intention thérapeutique qui précise la raison pour laquelle le médicament est prescrit. Plusieurs articles ^{17,18,19} mettent en perspective les bénéfices du partage de l'indication du traitement dans les prescriptions médicamenteuses permettant entre autres une meilleure éducation et adhésion du patient, réduire les traitements inadéquats, la réévaluation des traitements chroniques et une amélioration de la communication de l'équipe soignante.

Cependant, il y a une opposition à ce partage de l'indication avec le pharmacien. En effet, l'indication peut être un diagnostic, relevant du secret médical. Son partage requiert l'accord du patient, celui-ci pouvant refuser que son pharmacien, ou médecin spécialiste ou autre soit au courant de tel ou tel diagnostic.

Les syndicats soulignent les risques de non-respect de la vie privée, de défaut dans la pratique du consentement du patient, de transmission de l'indication de traitement aux entreprises pharmaceutiques ou aux sociétés d'analyses de Big Data. Leur crainte principale réside dans le champ de compétences des pharmaciens qui n'auraient pas, de par leur formation, les capacités d'interpréter un diagnostic.

Il y a un certain corporatisme afin de garder les spécificités de chaque profession intactes. En effet, le métier de pharmacien est en cours de modification et les compétences peuvent évoluer avec de nouvelles attributions de tâches jusqu'alors attribuées aux médecins généralistes. Accédant à l'indication, les pharmaciens pourraient délivrer des médicaments en vente libre au patient, retardant une prise en charge médicale, libérant peut-être l'opportunité de délivrer des médicaments soumis à prescription pour des maladies bénignes. De plus, l'annonce par le pharmacien au patient de certains diagnostics que le médecin n'évoque pas explicitement, ou tente de confirmer par un essai thérapeutique, entraînerait une rupture de la confiance entre médecin et patient.

Le patient pourrait dès lors se voir refuser une ordonnance par le pharmacien sous prétexte d'une mauvaise indication voire carrément d'un médicament hors Autorisation de Mise sur le Marché. En outre, les médecins craignent une remise

en cause continuelle de leur pratique avec une augmentation du nombre d'interruptions par le pharmacien et de leur charge de travail par cet encodage.

A l'heure actuelle, les pharmaciens sont amenés à deviner les indications de traitement qui sont parfois multiples, ceci engendre des erreurs d'explications au patient. Pourtant, une méta-analyse publiée en 2011 dans *The Clinical Journal of Pain* a montré que les interventions éducatives des pharmaciens pour la gestion de la douleur chronique ont pu réduire statistiquement l'intensité de la douleur et des effets indésirables.²⁰ Selon une revue systématique de la littérature, publiée en 2016 dans *Research in Social and Administrative Pharmacy*, les interventions des pharmaciens ont pu augmenter l'adhésion au traitement d'une hypercholestérolémie, le contrôle du diabète, de la pression artérielle, de l'adhésion et de la gestion des médicaments, et ont également montré une réduction de médicaments et des coûts de soins de santé.²¹

Dans mon étude, 64% des médecins sont pour ce partage de l'indication avec le pharmacien du moment qu'elle soit optionnelle et non obligatoire. 81% des pharmaciens déclarent qu'elle leur permettrait de mieux contrôler les traitements. Notons que ces avis n'ont pas forcément eu lumière sur les enjeux cités précédemment, mais constituent un baromètre fiable des mentalités actuelles. Malgré ce retour limpide des professionnels, les études réalisées sur le sujet restent peu nombreuses et mériteraient de plus amples investigations pour obtenir des données fiables sur la réduction des effets indésirables des médicaments et sur la morbi-mortalité.

d. Communication au travers des réseaux

Les médecins envisagent surtout le téléphone comme voie de communication, mais la moitié d'entre eux considèrent également une communication au travers de leur logiciel ou par courrier électronique. Les pharmaciens sont moins enclins à utiliser le téléphone. Plus de sept médecins et pharmaciens sur dix sont favorables à l'utilisation d'outils de demandes spécifiques du médecin vers le pharmacien et inversement, essentiellement pour le dépistage des abus médicamenteux ou pour la recherche d'interactions médicamenteuses. En

revanche, moins d'un médecin sur deux envisage cette fonction pour des calculs de dosage ou d'adaptation à la fonction rénale.

Un essai randomisé contrôlé ²² publié en 2007 dans le Journal of the American Geriatrics Society a démontré l'efficacité d'un système d'alerte pharmaceutique informatisé et d'une collaboration entre les professionnels de la santé pour réduire la distribution de médicaments potentiellement inappropriés chez les patients âgés. Une étude observationnelle aux Pays-Bas, publiée en 2012 dans le British Journal of General Practice ²³ a montré les bénéfices d'une alerte selon la fonction rénale permettant au pharmacien de sécuriser la prescription.

Moins de 3% des médecins et pharmaciens disent ne pas avoir confiance en l'utilisation des réseaux de santé. Les réticences sont en majeure partie les plantages et bugs répétés, la difficulté d'accès et d'enregistrement aux réseaux ainsi que la protection des données et de la vie privée. On peut relever une méconnaissance des pharmaciens pour les outils comme le Sumehr, le RSW et une méconnaissance des médecins et pharmaciens pour le Schéma de Médication Multidisciplinaire Partagé.

A la lumière de ces éléments, je pense que la digitalisation pourrait constituer un levier important pour améliorer la qualité des soins et faciliter les échanges entre professionnels. Des analyses approfondies devraient définir les avantages et la faisabilité des outils d'alerte sur les médicaments ou de communication, qui pourraient s'intégrer de façon fluide dans les logiciels métiers.

La communication de données de santé au travers des réseaux ne peut se faire qu'à condition d'obtenir un consentement éclairé ainsi qu'un lien thérapeutique. Le consentement éclairé pour l'échange de données relatives à la santé entre prestataires de soins est bien défini théoriquement. Il sous-entend que le patient a compris les enjeux. Le consentement est national, une fois valable auprès du médecin généraliste, il l'est également pour le pharmacien.

Dans la pratique, les explications données au patient peuvent être partielles, d'une part car cela nécessite un temps d'explication trop important pour une consultation et d'autre part car c'est un système complexe qui n'est pas toujours

bien compris de la part des prestataires de soins. Bon nombre de patients se retrouvent inscrits sans qu'ils aient pu donner leur aval voire sans le savoir. Toutefois, les abus sont vérifiables par le patient via les plateformes en ligne et peuvent être l'objet de poursuites.

Face à ces manquements dans la pratique du consentement éclairé, devrions-nous ajuster ce système de consentement? Faudrait-il le fractionner en fonction du prestataire à qui accorder les droits, ou laisser décider le patient ou le couple patient-médecin qui a droit à la consultation de ses données de santé? Il s'agit là d'une problématique importante et ces questions éthiques nécessiteraient un travail à part entière dont je ne peux aborder les enjeux dans cet écrit.

e. Pistes de réflexion

La collaboration des pharmaciens et médecins généralistes au travers des outils technologiques actuels et futurs nécessite certaines considérations afin de répondre aux attentes et craintes de chacun. Ces quelques lignes constituent mon avis personnel forgé au fur et à mesure de ce travail.

Tout d'abord, il est essentiel que chacun joue le rôle qui est le sien. Il n'est pas raisonnable que les échanges de données entraînent des consultations chez le pharmacien au même titre que le médecin n'est pas habilité à délivrer des médicaments. L'échange ne devrait se faire que dans des limites prédéfinies et utiles au bien du patient, comme l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse. Les buts et objectifs de ces outils devraient être déterminés afin de donner des lignes directrices claires aux prestataires de soins, avec une communication essentiellement des informations pertinentes, de façon à répondre à des besoins existants. L'arrivée de nouveaux outils ne devrait pas conduire à une augmentation de la vente des produits de comptoir ou un transfert de rôle du médecin vers le pharmacien comme le renouvellement de médicaments, la vaccination ou la médecine préventive, qui relèvent d'un autre débat.

Les prestataires devraient être formés à leur utilisation au vu du nombre de nouveaux outils informatiques qui évoluent au cours du temps. Les outils devraient s'intégrer dans les logiciels métiers de façon transparente, avec un maximum de processus automatisés afin d'épargner du temps et diminuer les tâches administratives. Par ailleurs, certains types d'échanges mériteraient peut-être une rémunération au vu des potentielles économies réalisées et du temps investi.

Ensuite, le consentement devrait peut-être faire l'objet de nouvelles réflexions, l'accès à certaines données de santé par le pharmacien nécessitant un consentement explicite du patient. Je pense qu'il serait opportun d'informer le patient de son inscription à de tels réseaux par l'envoi d'un email, courrier ou SMS. On pourrait limiter ces échanges d'informations au pharmacien de référence, choisi par le patient, ou à certaines populations cibles comme les malades chroniques ou patients polymédiqués. L'échange des données ne devrait pas être obligatoire, ceci afin de préserver les données ultrasensibles du patient, mais également permettre la prescription hors indications officielle des médicaments.

En outre, un refus de délivrance d'un médicament ne pourrait se faire qu'en concertation préalable du pharmacien avec le médecin, et ce avant de faire part de ses craintes au patient afin de ne pas mettre à mal la relation thérapeutique. La revue de médication devrait également se faire du pharmacien vers le médecin en coopération, et non du pharmacien vers le patient.

Enfin, les données ne devraient pas être fournies à des tiers mais rester au sein des coffres-forts régionaux afin de garantir leur confidentialité, éviter un ciblage publicitaire ou toute commercialisation des données de santé.

8. Conclusion

La digitalisation des soins de santé ouvre de nouvelles pistes d'échanges et de communication. Elle fait l'objet de plusieurs publications notamment des plans de prévention régionaux, des propositions d'actions fédérales, des guides de l'Organisation Mondiale de la Santé, ou encore la naissance de plusieurs projets pilotes en Belgique. Il y a une volonté de tendre vers des systèmes qui facilitent l'accès aux informations de santé et la multidisciplinarité. Ceux-ci restent complexes à mettre en place de part la multitude d'acteurs qui entrent en jeu avec leurs objectifs et intérêts propres et parfois divergents.

Cette recherche qualitative a permis d'identifier les attentes des pharmaciens et médecins généralistes. Les acteurs de terrains et professionnels de la santé attendent des réseaux de santé de faciliter la communication, l'échange de données de santé et l'accès au schéma et à l'historique de médication. Ils semblent favorables à l'utilisation des outils technologiques actuels lorsque cela répond à un besoin spécifique dans la prise en charge du patient.

Leur sous-utilisation s'explique en partie par la non-implémentation des outils dans les logiciels médicaux, les réticences au partage des données de santé par les syndicats et associations professionnelles, la difficulté d'accès et d'enregistrement aux réseaux, le manque de formation ou la méconnaissance des outils, la crainte de jugement de la prescription médicamenteuse ou encore le transfert de rôle du médecin généraliste vers le pharmacien.

Ces avancées amélioreront-elles notre façon de collaborer, pourront-elles assurer la sécurité du patient? Finalement, sommes-nous prêts à innover nos pratiques ? Il serait intéressant de mener des études et des analyses plus approfondies sur les gains en termes de santé publique et de sécurité du patient, tout en tenant compte des enjeux éthiques du respect de la vie privée et des enjeux identitaires du rôle de chaque profession.

Bibliographie

1. Weidenmayer K, Summers RS, Mackie CA, Gous AGS, Everard M, Tromp D. Élargir la pratique pharmaceutique : recentrer les soins sur les patients. Genève et La Haye : Organisation Mondiale de la Santé et Fédération internationale pharmaceutique; 2006, p. 6-7. Consulté le 3 octobre 2020. Disponible sur: https://www.who.int/medicines/technical_briefing/tbs/DevelopingPharmacyPracticeF.pdf
2. Taché SV, Sönnichsen A, Ashcroft DM. Prevalence of Adverse Drug Events in Ambulatory Care: A Systematic Review. *Ann Pharmacother.* juill 2011;45(7-8):977-89.
3. Van den Bemt P, Egberts A, Leendertse A. Hospital Admissions Related to Medication (HARM): Een prospectief, multicenter onderzoek naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames. Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences. Eindrapport November 2006, p. 30.
4. Bret Bollaert A, Lyon G, Meyrignac M. L'observance thérapeutique chez les personnes âgées en Ile-de-France. Rapport du comité régional d'éducation pour la santé Ile-de-France, 2005.
5. Kaur S, Mitchell G, Vitetta L, Roberts MS. Interventions that can Reduce Inappropriate Prescribing in the Elderly: A Systematic Review. *Drugs & Aging.* déc 2009;26(12):1013-28.
6. Organisation Mondiale de la Santé. Projet de stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025. Consulté le 12 octobre 2020. p. 1-35. Disponible sur: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/200067-lb-full-draft-digital-health-strategy-with-annex-cf-6jan20-cf-rev-10-1-clean-fr_7b6d704a-c493-4e39-a7ad-b288dec3ff5e.pdf?sfvrsn=4b12a8a7_8#:~:text=La%20vision%20de%20la%20strat%C3%A9gie,les%20pand%C3%A9mies%20et%20d'y
7. Agence pour une Vie de Qualité. Plan WAPPS 2ème partie: Plan wallon de prévention et promotion de la santé Horizon 2030" AViQ Référentiel pour l'action. 2018. p. 59. Consulté le 10 février 2020. Disponible sur:

<http://sante.wallonie.be/sites/default/files/2019%2005%2020%20AVIQ-18-19401-Rapport%20Plan%20W%20Pr%C3%A9vention%20dk%C5%BE.pdf>

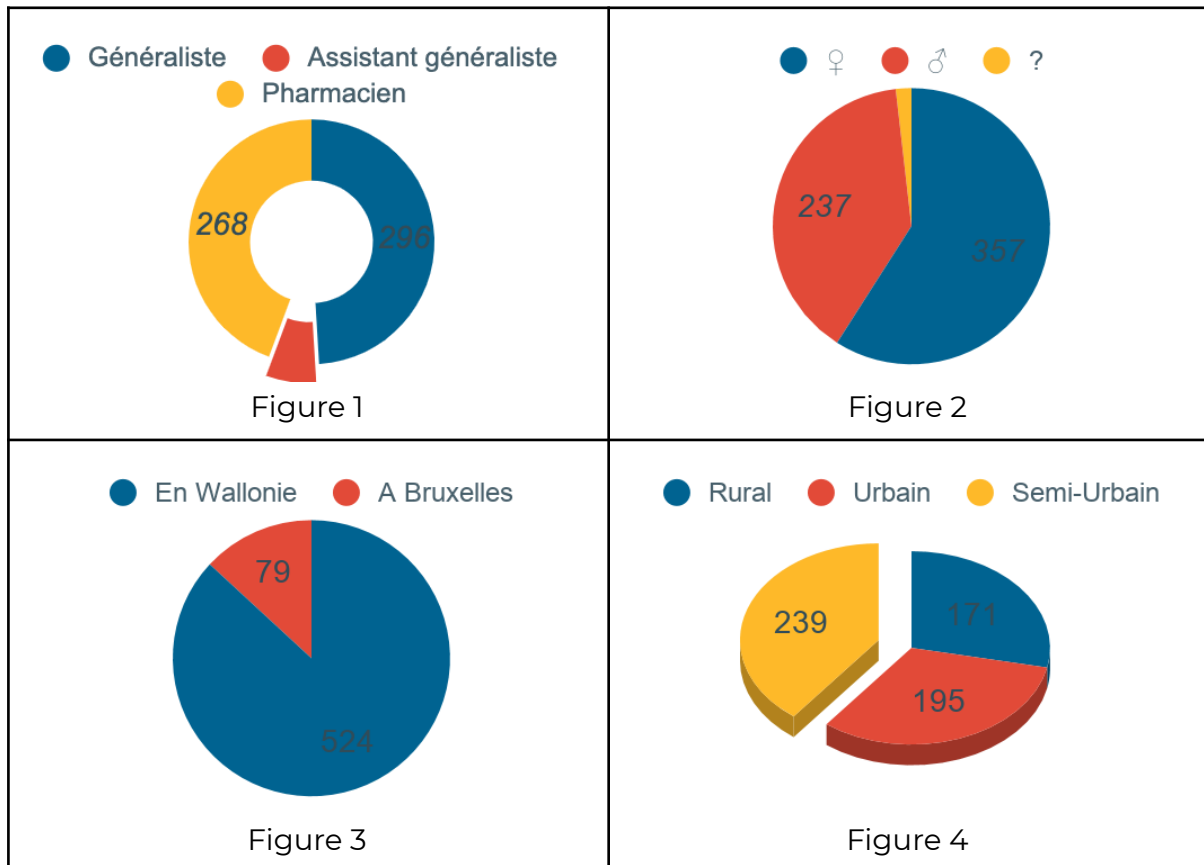
8. M. De Block, J. Vandeuren, A. Greoli, R. Demotte, G. Vanhengel, C. Jodogne. Protocole d'accord: Plan d'actions e-Santé 2019-2021 Conférence interministérielle Santé publique. 2019, p. 130-131, p. 179. Consulté le 21 mars 2020. Disponible sur: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/actieplan_2019-2021_e-gezondheid.pdf
9. Charafeddine R, Demarest S, Berete F. Enquête de santé 2018 : Littérature en santé. Bruxelles, Belgique : Sciensano. Numéro de rapport : D/2019/14.440.72. Consulté le 05 mars 2021 Disponible sur : https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/HL_FR_2018.pdf
10. Lamotte M, Caekelbergh K, Ramos M. Advancing the Responsible Use of Medicines in Belgium Applying Levers for Change. IMS Health Report. 2015:1-37.
11. Dalleur O, Mouton A, Marien S, Boland B. STOPP/START.v2 : un outil à jour pour la qualité de la prescription chez les patients âgés de 65 ans et plus. Louvain Médical 2015;134(5):219-23.
12. Michot P, Catala O, Supper I, Boulieu R, Zerbib Y, Colin C, et al. Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature. Santé Publique. 2013;25(3):331-41.
13. Dalin DA, Vermehren C, Jensen AK, Unkerskov J, Andersen JT. Systematic Medication Review in General Practice by an Interdisciplinary Team: A thorough but Laborious Method to Address Polypharmacy among Elderly Patients. Pharmacy. 31 mars 2020;8(2):57.
14. Robberechts A, De Petter C, Van Loon L, Rydant S, Steurbaut S, De Meyer G, et al. Qualitative study of medication review in Flanders, Belgium among community pharmacists and general practitioners. Int J Clin Pharm. Consulté le 23 janvier 2021 ; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s11096-020-01224-9>
15. Foubert K, Mehuys E, Maesschalck J, De Wulf I, Wuyts J, Foulon V, et al. Pharmacist-led medication review in community-dwelling older patients using the GheOP³ S-tool: General practitioners' acceptance and implementation of

pharmacists' recommendations. J Eval Clin Pract. juin 2020;26(3):962-72.

16. Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, Recueil des lois et des règlements du Québec. Septembre 2015. c M-9, r 25.1, Consulté le 25 avril 2021. Disponible sur : <https://canlii.ca/t/69kt7>
17. Schiff GD, Seoane-Vazquez E, Wright A. Incorporating Indications into Medication Ordering — Time to Enter the Age of Reason. N Engl J Med. 28 juill 2016;375(4):306-9.
18. Kron K, Myers S, Volk L, Nathan A, Neri P, Salazar A, et al. Incorporating medication indications into the prescribing process. American Journal of Health-System Pharmacy. 1 juin 2018;75(11):774-83.
19. Galanter W, Falck S, Burns M, Laragh M, Lambert BL. Indication-based prescribing prevents wrong-patient medication errors in computerized provider order entry (CPOE). Journal of the American Medical Informatics Association. 1 mai 2013;20(3):477-81.
20. Bennett MI, Bgnall AM, Raine G, et al. Educational interventions by pharmacists to patients with chronic pain: Systematic review and Meta-analysis. Clin J Pain 2011;27: 623-630
21. Jokanovic N, Tan ECK, Sudhakaran S, Kirkpatrick CM, Dooley MJ, Ryan-Atwood TE, et al. Pharmacist-led medication review in community settings: An overview of systematic reviews. Research in Social and Administrative Pharmacy. juill 2017;13(4):661-85.
22. Raebel MA, Charles J, Dugan J, et al. Randomized trial to improve prescribing safety in ambulatory elderly patients. J Am Geriatr Soc 2007 Jul; 55 (7): 977-85
23. Geerts AFJ, Scherpbier-de Haan ND, de Koning FHP, van der Sterren TMJW, van Weel C, Vervoort GMM, et al. A pharmacy medication alert system based on renal function in older patients. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. 2012;62(601):e525-529.

Annexes

Interprétation graphique analyse quantitative



Le questionnaire a obtenu un échantillon de 609 personnes. Concernant les données des participants, 59% de femmes, 39% d'hommes, 13% travaillant à Bruxelles contre 86% en Wallonie, 44% de pharmaciens et 49% de médecins généralistes.

Années de pratique de l'échantillon

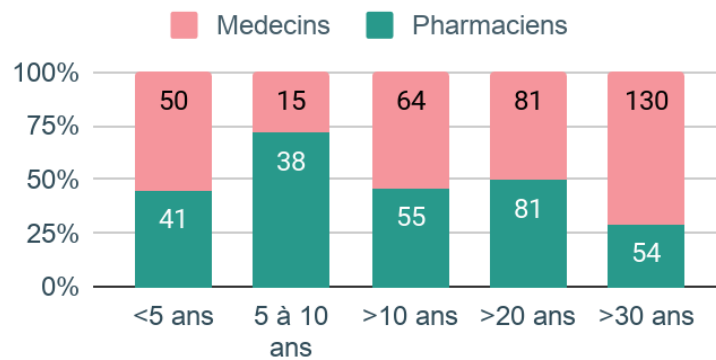


Figure 5

Toutes les tranches d'âge ont été représentées, avec une surpondération des plus de 30 ans chez les médecins généralistes.

Texte introductif lors de l'envoi de mon questionnaire : Je réalise une étude pour ma dernière année de médecine générale sur le partage des données médicales informatisées entre pharmaciens et médecins. Mon but est d'apprécier les attentes et les craintes des prestataires de soins envers la communication informatisée des données de santé, notamment au travers des réseaux de santé, du dossier pharmaceutique partagé ou du schéma de médication partagé.

Schéma de médication partagé (SMMP) : projet de créer un unique Schéma de Médication Partagé multidisciplinaire (pharmacien, médecin, infirmier, patient, hôpital) regroupant toutes les données médicamenteuses, historique de délivrance, prescriptions avec indication de traitement, remboursements mutuelle, note de journal,...

Réseau Santé Wallon (RSW) ou Bruxellois : permet aux médecins de consulter les données médicales des patients, les biologies, les protocoles d'imagerie, d'hospitalisation, de consultation médicale. L'outil Sumehr est un résumé du dossier patient publié par le médecin généraliste et comprend la liste des médicaments, les antécédents médicaux et problèmes, les allergies,...

Dossier Pharmaceutique Partagé (DPP): permet aux pharmaciens de consulter l'historique des médicaments qui ont été délivrés lors des douze derniers mois dans d'autres pharmacies.

Au travers des graphiques, les médecins sont représentés par le logo  et les pharmaciens sont représentés par le logo . A noter que les commentaires libres ont été copiés tels quels de manière à ne pas dénaturer le message des répondants.

1. Dans votre pratique, utilisez-vous : (607 réponses)

Fréquence d'utilisation des outils informatiques par les médecins et pharmaciens

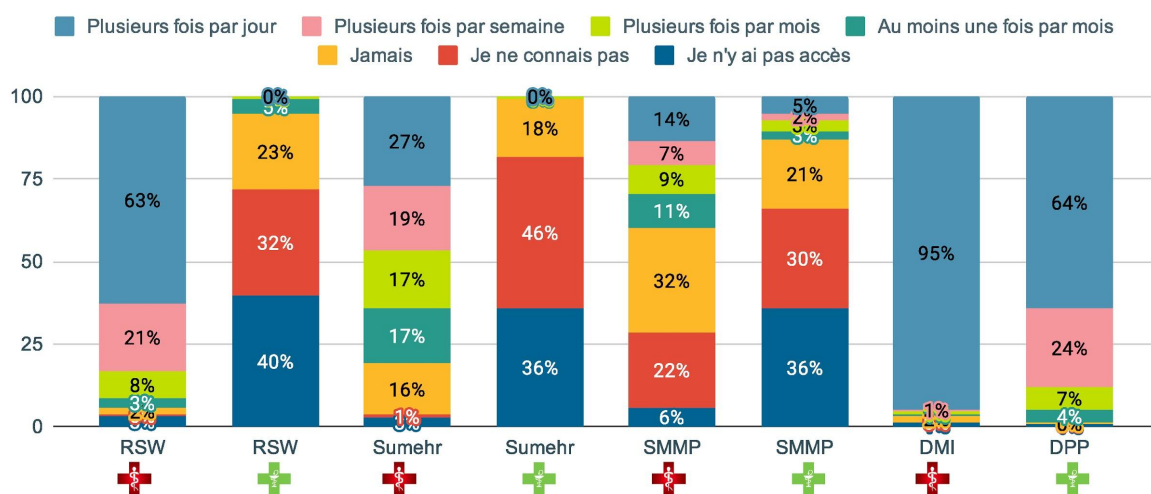


Figure 6

Alors que 84% des médecins l'utilisent au moins plusieurs fois par semaine, 95% des pharmaciens disent ne jamais utiliser, ne pas connaître ou ne pas avoir accès au Réseau Santé Wallon. En ce qui concerne le schéma de médication multidisciplinaire partagé, 60% des médecins et 87% des pharmaciens disent ne jamais utiliser, ne pas connaître ou ne pas avoir accès.

2. Quelles sont vos réticences à l'utilisation de ces réseaux de santé? (Plusieurs réponses possibles) (607 réponses)

Réticences à l'utilisation des réseaux de santé

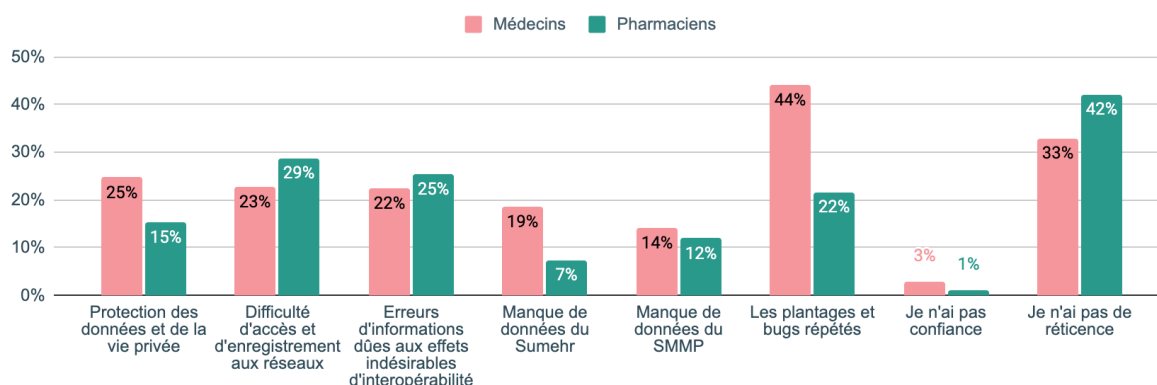


Figure 7

33% des médecins et 42% des pharmaciens disent ne pas avoir de réticence à l'utilisation des réseaux de santé, contre 3% des médecins et 1% des pharmaciens qui disent ne pas avoir confiance. Les points principaux soulevés sont les plantages et bugs répétés (44% des médecins et 22% des pharmaciens), la difficulté d'accès et d'enregistrement aux réseaux (23% des médecins et 29% des pharmaciens) ainsi que la protection des données et de la vie privée (25% des médecins et 15% des pharmaciens).

Commentaires libres des médecins
connaissance insuffisante de l'informatique
peu au courant de l'informatique.Trop âgé.
Le temps nécessaire pour vérifier et expédier les informations
Les plantages et bugs répétés
Certains logiciels bcp plus intuitifs et faciles d'utilisation par rapport a d'autres et du coup avec l'assistanat une réticence à utiliser car programme ne me correspond pas car choix du maitre de stage
le fait que tout le monde aurait accès à tout
Mon manque de connaissance en informatique
temps que ca prend et parfois pas réponse souhaitée
je ne sais pas comment faire un sumehr
gros problème technique au niveau du schéma méd part
je les utilise malgré tout
je ne connaissais pas le schema de medication mutlidisciplinaire partagé
manque de temps
prendre le temps de faire des sumher et on a l'impression que personne ne les consulte dans les hopitaux (en tout cas on n'en sait rien)
Manque de formation pour en acquérir une bonne utilisation...
les données pléthoriques des sumehrs avec des items non actifs/non pertinentss

interface peu intuitive et attractive
Cela prend beaucoup de temps
J'ai pas compris la 3e proposition!
manque de temps. Pour avoir accès, au RSW il faut à nouveau s'identifier et perdre du temps à la recherche de la bonne information
Mauvaise connaissance
le temps bouffé par les connections, temps de chargement etc..
le fait de ne pas pouvoir sélectionner les prestataires qui peuvent ou non avoir accès au dossier informatisé
Manque de formation pour en acquérir une bonne utilisation...
Pas de réticence
Que deviennent les données au niveau des services intermédiaires ?
L'extraction des données à des fins non acceptées, l'accès du patient à ses résultats sans accompagnement, la divulgation des résultats par le patient sous la contrainte ou par ignorance, la responsabilité si données non mises à jour, le fait que la majorité des patients ont été inscrits à leur insu par les hôpitaux
il y a encore trop d'erreurs sur le hub et lien ther + le schema med est difficile à utiliser
un manque de transparence vis à vis des patients peu ou pas informés
le temps pour encoder
Manque de formation en assistantat en cursus de Médecine quant à l'utilisation de ces outils
Mon manque de connaissance en informatique
nécessité de conserver un consentement écrit pour être RGPD
Mon manque de connaissance en informatique
que délivre le pharmacien en dehors de la prescription?
utilisation de ce qui m'intéresse (pensionné)
Prend du temps pour rester à jour
Manque de temps et déjà trop de travail d'ordinateur
l'impossibilité de vérifier la mise à jour des informations , si changement par un tiers non enregistré les données sont obsolètes
mon programme précédent n'était pas au top donc jamais fait
pas tres "friendly " à utiliser
sous utilisation des spécialistes/ difficulté de l'utiliser pour communiquer avec les spécialistes
Utilisation des donnees et vente a des fins commerciales
le manque d'utilisation par les autres prestataires ...
consultation par des médecin (assurance, conseils,...) qui ne devraient pas y avoir accès
le manque de consultation des sumehrs par le monde hospitalier (urgences, spécialistes,...)
aucune
manque d'info de comment utiliser le shéma médicament et si ça fonctionne enfin bien. Documents manquant sur le RSW (spécialsites et labos privés)
la surcharge administrative

Sans objet
Je suis convaincue du partage entre les différents intervenants de la santé Mais le dialogue oral ne doit pas être remplacé par trop de données consultables sur réseau informatique par l'ensemble des intervenants
utilisation de logiciels commerciaux et monopolistiques
Commentaires libres des pharmaciens
méconnaissance du système RSW
je pense que nous n'avons d'accès qu'au DPP!!!
te veel is te veel ; je m'y perds littéralement
Le manque de tps et trop d' administratif . Alors qd on est avec son patient on essaie d' être vraiment avec lui
le manque d'informations sur l'ensemble des plateformes existantes
je n'ai pas connaissance de ces reseaux
L'utilisation malhonnête des données (emploi, assurance, ...)
pas de lien direct avec le soft officinal
Je ne connais pas
trop de réseaux différents..... le DPP nous suffit
Je ne sais meme que j'y ai accès
Peu de réticence et pas de réticence vis à vis du RSW et Sumehr mais pas d'accès
utilisation de l informatique
La volonté des médecins d'écarter les pharmaciens du processus
je ne connais pas
Je ne connais pas, pas eu de formation pour les différents réseaux
Complexité des connections. Rsw par exemple, seul quelques pharmaciens sont enregistrés. Les nouveaux doivent etre parrainés. De plus, multiplicites des réseaux. Non intégration dans le soft officinal, et donc perte de temps.
je ne connais pas
manque de connaissances
moi j' ai juste acces au dpp

3. Les items suivants sont contenus dans le Sumehr (=résumé du Dossier Médical du patient sur le Réseau Santé Wallon) Lesquels estimez-vous utiles au pharmacien? (596 réponses)

Items du Sumehr estimés utiles au pharmacien selon les médecins et pharmaciens

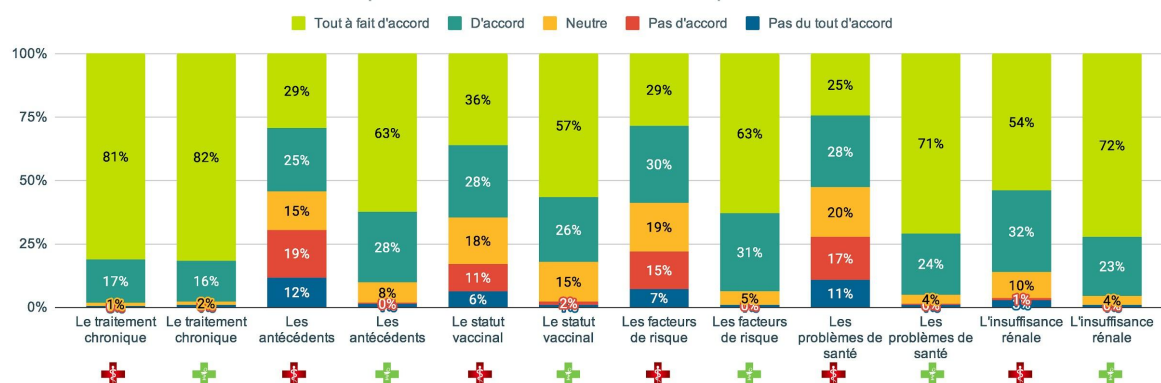


Figure 8

Concernant le contenu du Sumehr, 54% des médecins et 91% des pharmaciens estiment utile le partage avec le pharmacien des antécédents, 59% et 94% les facteurs de risques, 53% et 95% les problèmes de santé, 86% et 95% l'insuffisance rénale.

4. Après accord du patient, si le Sumehr (=résumé du Dossier Médical du patient sur le Réseau Santé Wallon) était consultable par le pharmacien (600 réponses)

Avis des médecins et pharmaciens sur l'ouverture du Sumehr au pharmacien

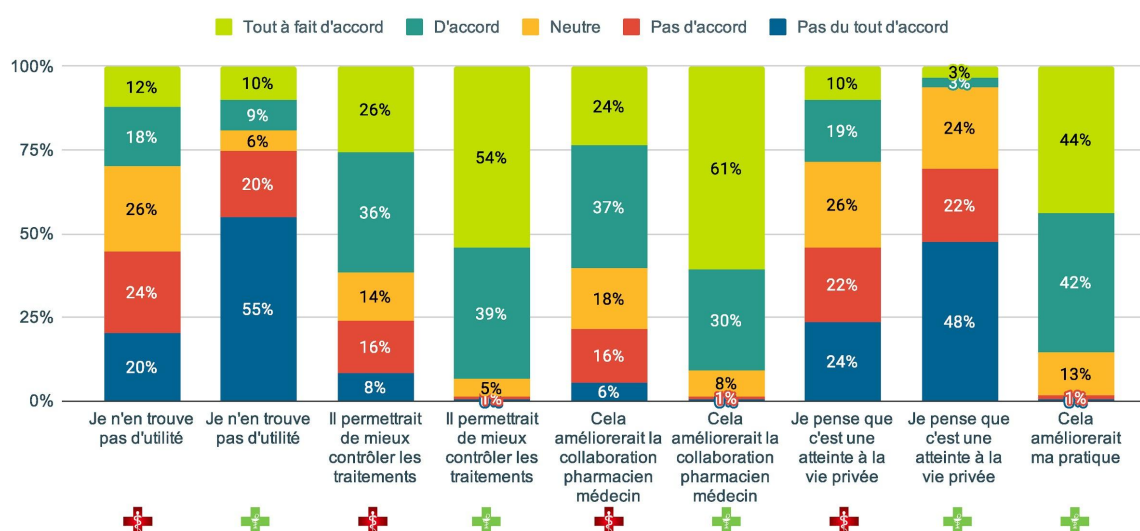


Figure 9

Concernant un éventuel partage du Sumehr avec le pharmacien, 62% de médecins et 93% de pharmaciens pensent que cela permettrait de mieux contrôler les traitements, 61% de médecins et 91% de pharmaciens pensent que cela améliorerait leur collaboration, et 86% de pharmaciens pensent que cela

améliorerait leur pratique. Seuls 29% des médecins et 6% des pharmaciens pensent que c'est une atteinte à la vie privée.

5. Après accord du patient, quelles autres informations médicales souhaiteriez-vous que le médecin vous partage / partager avec le pharmacien ? (Plusieurs réponses possibles) (605 réponses)

Informations que les médecins souhaitent partager versus attendues par les pharmaciens

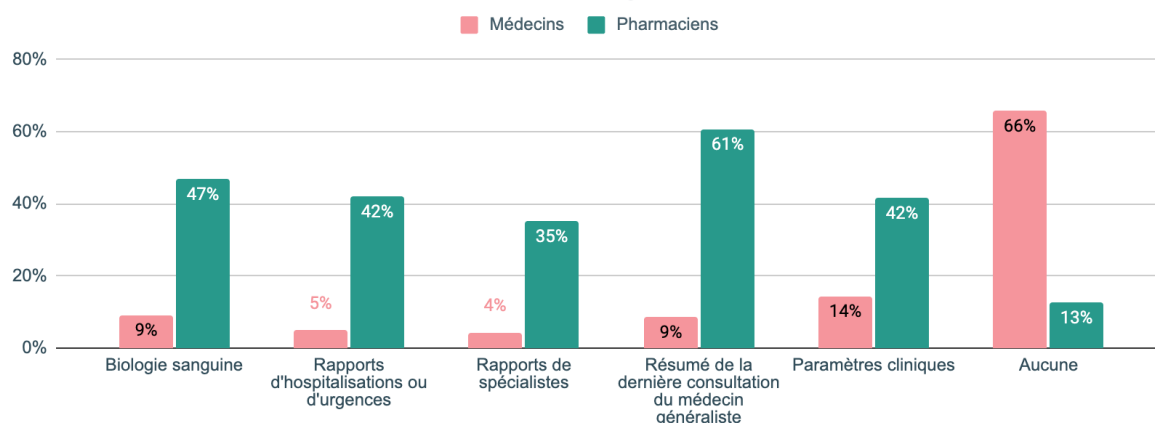


Figure 10

Moins de 10% de médecins généralistes sont prêts à communiquer au pharmacien les biologies sanguines, rapports d'hospitalisation, des urgences, de généralistes ou de spécialistes. Pourtant, les pharmaciens sont entre 35% à 60% à demander leur consultation. 66% des médecins ne veulent partager aucune des informations citées.

Commentaires libres des médecins
GFR, créat, allergies, contre-indications, insuffisance hépatique
Maladies chroniques avec influence sur les médicaments p ex IRC, épilepsie...
Renseignements téléphoniques
schéma de vaccination
Selon la nécessité mais pas de manière systématique
intolérance, IRC, diabète
Traitement chronique
Effet secondaire lors de la prise d'un médicament ou CI
allergies
une check liste d'éléments utiles ? insuff rénale, diabète , allergies. mais cadré
Les données de convention de date de trajet de soins apparemment pas accessibles au pharmacien
traitement médicamenteux
allergies médicamenteuses
chacun son métier
les traitements et adaptations

rien
pour autant que le pharmacien soit apte à les interpréter
les allergies et intolérances médicamenteuses
si le sumher est bien complété, il suffit, pas besoin de noyer le pharmacien d'infos il n'ira plus les voir
les médicaments
infos sur la fonction rénale, et sur l'allongement éventuel du QT
Intolérance, allergies
Allergies et intolérances médicamenteuses
allergies! intolérances, insuffisance hépatique, contre indications thérapeutiques
? Pas d'idée rapide mais possible
fonction rénale et hépatique
Le traitement chronique
une case pour communication de ce que je juge utile en accord avec le patient
uniquement les contreindications et allergies aux traitements
contexte psycho social utile aux suivi du tt
Une partie des informations comme les antécédent, vaccin, statut renale et hépatique avec accord du patient.
Toute donnée nécessaire à améliorer la prise en charge du patient, pour autant que cela reste dans le cadre strict d'une aide à la délivrance pharmaceutique d'un schéma de médication. Par ex : une pourrait être utile pour déceler l'insuffisance rénale, mais ne doit pas mener à la délivrance de compléments alimentaires spécifiques (sans preuves scientifiques)
motivation de toute modification du traitement
Les données de convention de date de trajet de soins apparemment pas accessibles au pharmacien
Intolérances, fdr pr certaines catégories de médocs (ains et ulcus, ains et IR,...)
Les données de convention de date de trajet de soins apparemment pas accessibles au pharmacien
Allergies médicamenteuses
je ne verrais a priori pas d'inconvénient à partager ces éléments mais je doute que les pharmaciens aient réellement le temps de les consulter
de la dernière consultation de MG et seulement ceux-là
Présence d'insuffisance hépatique
Tout est envisageable. Cela dépendra du cadre et de la bonne utilisation des informations
traitement chronique traitement aigue fonction rénale facilité a avaler co ou pas
Changement de traitement
diabète
allergies!!

Uniquement traitement
A chacun son métier....
CI ABSOLUES ET RELATIVES
résumé médical / antécédents
Allergies
en fait, je n'y suis pas vraiment opposé mais trop d'info tue l'info
Les traitements délivrés par d'autres pharmacies (+remonter cette info au médecin!!!)
Commentaires libres des pharmaciens
avoir une "photo" del'état du patient et les changements de traitement pour mieux pouvoir le suivre
les documents de sortie d'hopital (médication stopée, prolongée ou initiée)
Surveillance nutritionnelle à faire chez personne denutrie, surveillance médicaments diabete, BUM asthme etc. Bref une note du médecin généraliste à mon intention(si il souhaite un suivi). Je lui ferais un retour si il le souhaite
Autorisation de remboursement de mutuelle rempli ou non
le num de téléphone pour joindre le médecin en cas de posologie inhabituelle ou de manque de papier nécessaire pour les remboursements de mdcts comme les AO
PATHOLOGIES ACTUELLES DU PATIENT
Indication
abus de médicaments, mésusages
Allergies
suivis en cours ou à venir
Si dépendance d'une substance ou l'autre
produits de chimio afin d' éviter des interactions med.
nouveau traitement et posologie
antécédents de maladies particulières
Fonction hépatique car souvent dilminuée avec âge et besoin adaptation posologie
les raisons d'un changement de traitement
Si partage, ca doit etre a double sens. Les pharmaciens sont des professionnels de la santé comme les autres. Ils sont capables de lire et comprendre un bilan sanguin ou un rapport médical
Pas de raison de communiquer ces rapports aux pharmaciens (et ca prendrait énormément de temps à lire si on reçoit ça chez tout les patients) mais utile de communiquer s'il y a eut évènement qui justifie un changement de traitement. Et communiquer ces rapports deviennent là une atteinte à la vie privée du patient. Qu'on sache ses maladies et médicaments : ok. Le reste ...
savoir si un patient est en convention diabete ou trajet de soin car le médecin l'oublie souvent et c'est la galère pour savoir si oubli ou si le client est en ordre ou pas pr remboursement insulines ...

ajout ou suppression de traitement ,changement posologie
pour mieux cerner le traitement du patient
Dans quelles indications, le médicament a été prescrit.
Si dépendance d'une substance ou l'autre

6. Concernant le partage de l'indication de traitement au pharmacien (Plusieurs réponses possibles) (605 réponses)

Avis des prestataires de soins quant au partage de l'indication de traitement

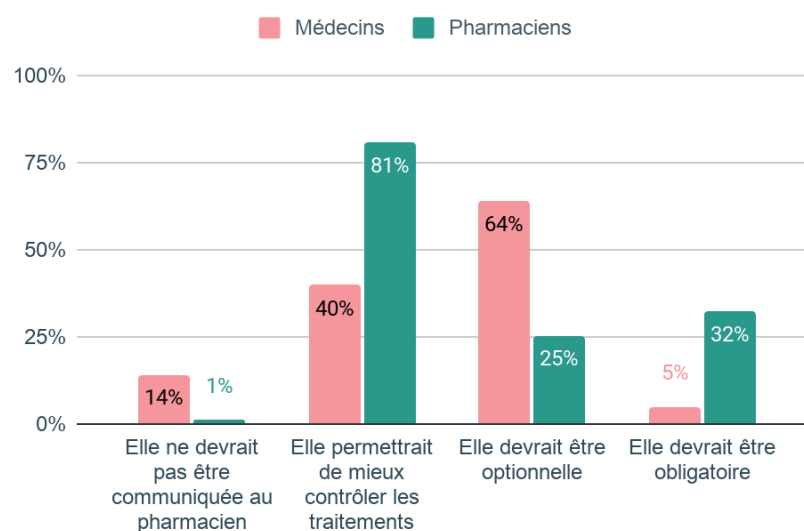


Figure 11

A propos de l'indication de traitement, seuls 14% des médecins et 1% des pharmaciens pensent qu'elle ne devrait pas être communiquée au pharmacien. 40% des médecins et 81% des pharmaciens pensent qu'elle permettrait de mieux contrôler les traitements. 64% des médecins pensent que cette indication devrait être optionnelle et 5% obligatoire. 25% des pharmaciens pensent que cette indication devrait être optionnelle et 32% obligatoire.

Commentaires libres des médecins
question incompréhensible
Permettrait de diminuer les erreurs (dosages interactions etc)
Question pas claire
je ne comprends pas la question
je pense qu'elle devrait être encouragée +++
le pharmacien est censé connaître les différentes indications. cela devrait suffire.
il faut de la transparence du pharmacien qui fourgue ses médocs à la première occasion et qui ne sont pas toujours intéressants pour le patient mais pour le portefeuille du pharmacien.

perte de temps pour me medecin prescripteur
je pense qu'elle est indiquée, mais ne devrait être à la disposition du pharmacien qu'avec l'accord du patient
Eviter le cumul de plusieurs médicaments pour la même indication suite aux ventes libres
De tous temps des contacts entre pharmaciens et médecins ont été possibles. (sepais au moins Madame Bovary et Dr. Knock)
Je ne comprends pas bien la question
optionnelle car dans certaines situations cela peut être utile mais surtout ne pas le faire systématiquement. Cela alourdirait le système.
accord du patient primordial et problème des écrits qui restent (le patient pourrait changer d'avis !)
Commentaires libres des pharmaciens
elle devrait être la norme par défaut
Une mention "off-label" pourrait être utile dans les cas où les traitements prescrits sortent des indications "typiques". Ça éviterait des coups de fils.
cela éviterait des erreurs de délivrance médicaments
Elle devrait être obligatoire mais ne le sera jamais car les médecins se plaindraient qu'ils doivent une fois de plus se justifier...

7. Après accord du patient, que voudriez-vous partager automatiquement avec le médecin? / À quelles informations souhaiteriez-vous accéder automatiquement dans votre logiciel? (Plusieurs réponses possibles) (607 réponses)

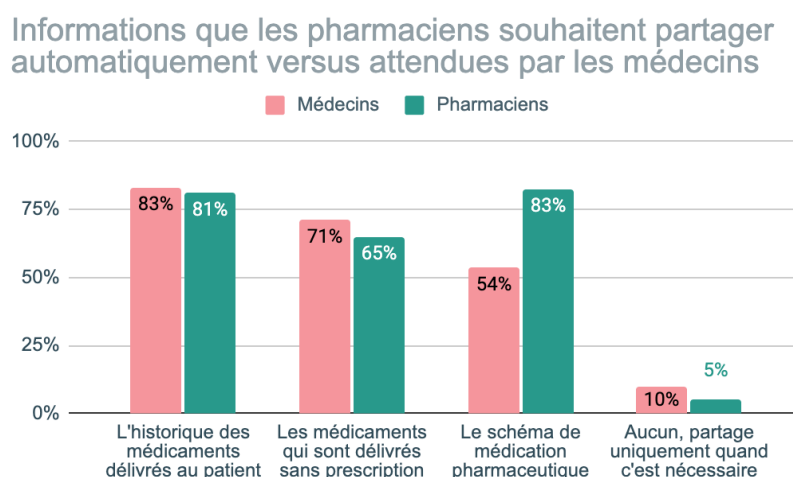


Figure 12

83% des médecins souhaitent consulter et 80% des pharmaciens souhaitent partager automatiquement l'historique des médicaments délivrés au patients

ainsi que 73% des médecins contre 65% pour les médicaments en vente libre. 83% des pharmaciens et 54% des médecins souhaitent partager le schéma de médication pharmaceutique.

Commentaires libres des médecins
Toutes ces informations se retrouvent dans de DMI hormis les OTC !
on a l'historique des délivrance dans careconnect
acces a l'ensemble des pharmacies pour eviter le shopping et les abus ea de bzd
j'estime que le patient a le droit de ne pas tout communiquer à ses prestataires, médecin compris
j'ai peur des derives de controle qui va perturber la relation med/pat/pharmaciens
un schéma de médication unique: pharmacien médecin et pas des pièces ajoutées ...
l'historique des médicaments sur prescription pour verifier compliance et eviter shopping bzd, somnifères, etc
si le pharmacien me notifie quand c'est nécessaire, c'est déjà pas mal quand même !
les médecins prescripteurs (pour les patients qui savent pas dire qui ils ont vu ou pour les abus de bzd)
Commentaires libres des pharmaciens
en notant que vu le peu de temps dont disposent médecins et pharmaciens, je doute que ce soit très efficace
seulement si ca va dans les deux sens et que le médecin partage aussi ces informations
le tout quand cela est nécessaire style ttt lourd , les personnes qui ne sont plus autonomes , abus de mdcts
compte rendu et description des ""consultations"" en officine
Nous n'avons rien à cacher et beaucoup d'OTC devraient être notifiés d'office car source d'abus (spray nez, antalgiques, laxatifs)
Allergies , intolérances à certaines molécules , insuffisance rénale ou hépatique ,...
schéma médication "commun" au médecin et pharmacien
toujours pour le bien du patient
les abus soupçonnés
Aucuns problèmes de fournir ce genre d'informations aux médecins, si et seulement si ils sont d'accord de nous fournir des informations comme l'indication de traitement, biologie, rapport d'hospi. Ca doit aller dans les deux sens. Donnant - donnant.

8. Que voudriez-vous communiquer activement au médecin? / Que voudriez-vous que le pharmacien vous communique activement? (Plusieurs réponses possibles)
(Plusieurs réponses possibles) (608 réponses)

Informations que les pharmaciens souhaitent pouvoir notifier activement versus attendues par les médecins

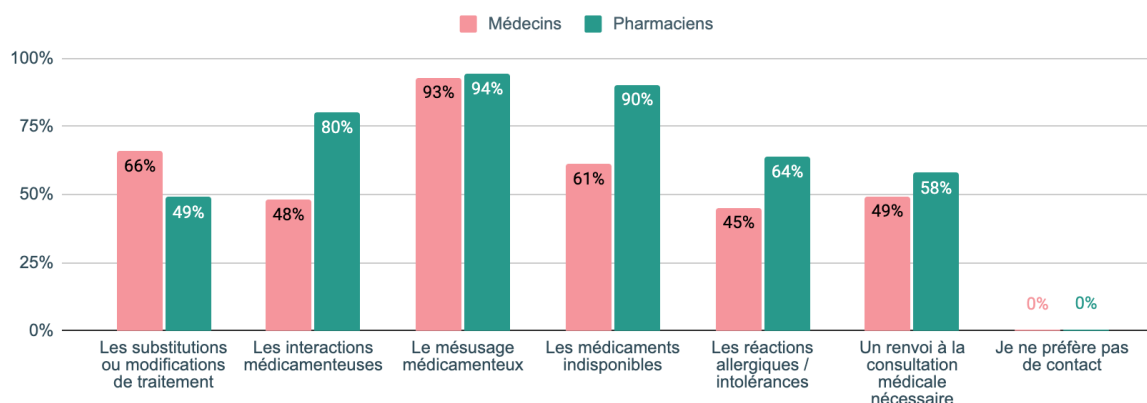


Figure 13

93% et 94% respectivement des médecins et pharmaciens souhaitent pouvoir notifier du mésusage médicamenteux (abus, shopping médical). 80% des pharmaciens souhaitent notifier les interactions médicamenteuses et 48% des médecins souhaitent les recevoir. 66% des médecins voudraient être avertis des substitutions ou modifications de traitement, contre 49% de pharmaciens. 90% de pharmaciens souhaiteraient pouvoir notifier les médicaments indisponibles contre 61% de médecins souhaitant recevoir cette information.

Commentaires libres des médecins
J'apprécie qu'il me contacte et je tiens compte de son avis
les abus du patient
les erreurs de prescription si il y en a
en pratique cela se fait déjà souvent dans notre secteur
tout ce qui peut etre utile pour ameliorer le suivi constructif fdu patient, avec l'accord ou au moins l'information de celui ci sur sa demarche transparente
qu'il me dise ce qu'il délivre au patient médicaments remboursés ou non et autres
interaction si sévère au niveau effets secondaire pas pour tout...
Cf Madame Bovary et Dr. Knock C'est une plaisanterie bien que...
l'info devrait arriver de manière automatique et consultable pour ma part en cas de besoin
prix si important
Renvoi en consult pour médicaments actifs et pour des renouvellements a repitition sans controle medical
concernant les interactions, UNIQUEMENT celles sui sont PERTINENTES (logiciels

souvent trop sensible !)
Commentaires libres des pharmaciens
substituer par la même molécule mais pas modifier le traitement!
Je ne modifie jamais un traitement sans avis médical . Substituer oui . Il y. Tellement de manquants
dans certains cas, il faut le consentement du patient
Nous le faisons déjà régulièrement avec les généralistes de la région , cela pourrait être étendu aux hopitaux mais la communication via secretaire bloque beaucoup de questions.
les médicaments que le patient ne prend pas, la compliance, les reactions et effets secondaires
le niveau d'adhésion thérapeutique
Bémol sur la substitution: Cette communication "active" ne doit pas servir de bases pour des plaintes "abusives" à l'encontre de pharmaciens de bonne foi.
concernant la substitution , les raisons de la modif.
remarque: "substitutions" et "modification de traitement" ne sont pas synonymes. signaler tous les switch à molécules et galénique égale pourrait engorger les canaux de communications inutilement.
substitution ou modification revient au médecin uniquement
pour le bien du patient
adaptation ordonnance au schéma connu (même dosage/posologie)
Beaucoup de chose utile, mais le médecin aura/prendra-t'il le temps de consulter ses communications du pharmacien ?

9. Par quel(s) outil(s) envisageriez-vous les échanges avec le médecin / pharmacien ? (Plusieurs réponses possibles)(608 réponses)

Outils envisagés pour les échanges inter-professionnels

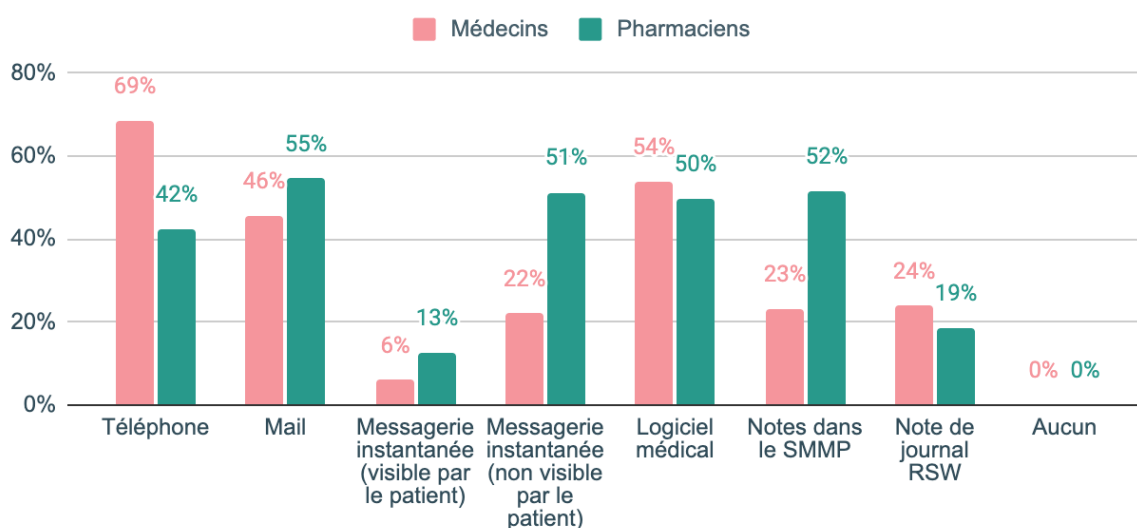


Figure 14

Les médecins envisagent comme outil d'échange, dans l'ordre, le téléphone 69% contre 42% chez les pharmaciens, 54% au travers de leur logiciel contre 50%, 46% des médecins par mail contre 55%.

Commentaires libres des médecins
sms
e sécurisé ehealthbox
souvent recours au déjà depuis notre collaboration étroite
e-health
message écrit ou oral remis au patient patenaire
sms
Fax
SMS
Tél. en cas d'urgence uniquement
Commentaires libres des pharmaciens
Visible ou non visible , tt dépend de ce que l' on dit
les num ne sont plus inscrit sur les ordos ce qui nous complique la tâche , c dommage pour les "urgences manquants "ou autres. ok si la réponse peut attendre. Schéma médication si pas d'urgence
mon soft officinal ssi sécurisé
Tous les moyens sont bons, à condition d'un accès universel entre prestataires et d'une sécurité adéquate
si urgent
en fonction des circonstances: visible par le patient ou pas
Réseau santé wallon si accessible
via logiciel officinal si possible
moi j' ai besoin du contact avec le medecin

10. Après accord du patient, le partage avec le médecin de l'historique des médicaments délivrés (604 réponses)

Avis des médecins et pharmaciens sur le partage avec le médecin de l'historique des médicaments délivrés

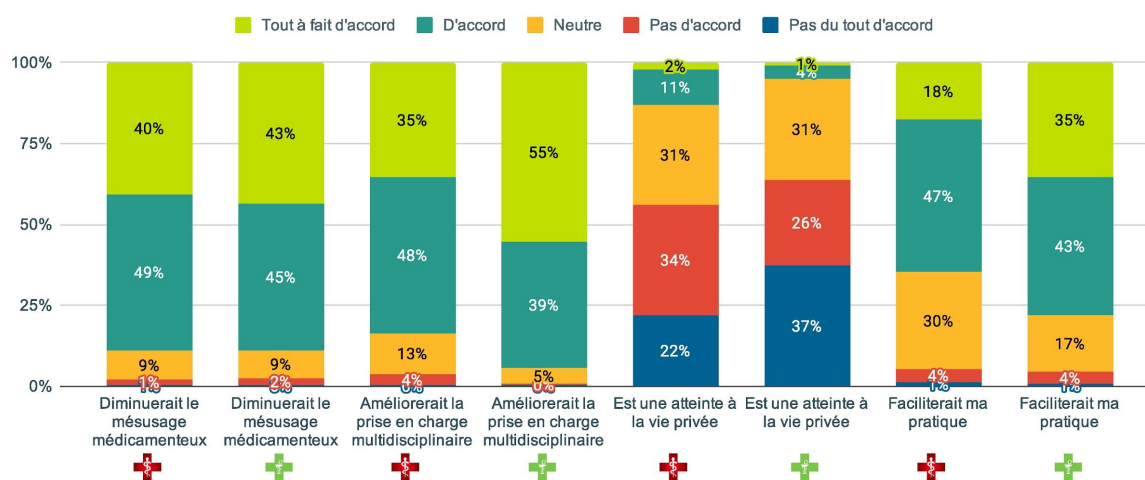


Figure 15

Concernant le partage avec le médecin de l'historique des médicaments délivrés, 89% des médecins et 88% des pharmaciens pensent que cela diminuerait le mésusage médicamenteux (abus, shopping médical), 83% de médecins et 94% de pharmaciens pensent que cela améliorerait la prise en charge multidisciplinaire, 65% des médecins et 78% des pharmaciens pensent que cela faciliterait leur pratique. Seuls 13% des médecins et 5% des pharmaciens pensent que c'est une atteinte à la vie privée.

11. Estimeriez-vous utile que le médecin puisse vous faire une demande informatisée via le logiciel pour une tâche spécifique? / Estimeriez-vous utile de pouvoir faire une demande informatisée au pharmacien via le logiciel pour une tâche spécifique? (602 réponses)

Avis des médecins et pharmaciens sur l'utilité d'effectuer une demande spécifique via leur logiciel

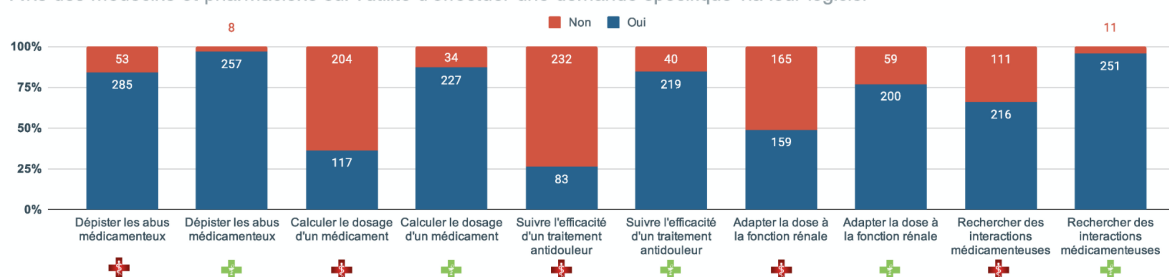


Figure 16

A propos de la création d'outils permettant de faire des demandes spécifiques au pharmacien, 84% de médecins et 97% des pharmaciens y seraient favorables pour dépister les abus médicamenteux, 49% des médecins et 77% des pharmaciens

pour adapter la dose à la fonction rénale, 66% des médecins et 96% des pharmaciens pour rechercher des interactions médicamenteuses.

12. Que pensez-vous du schéma de médication partagé synchronisé entre les logiciels médecins et pharmaciens ? (601 réponses)

Avis des médecins et pharmaciens sur le schéma de médication multidisciplinaire partagé

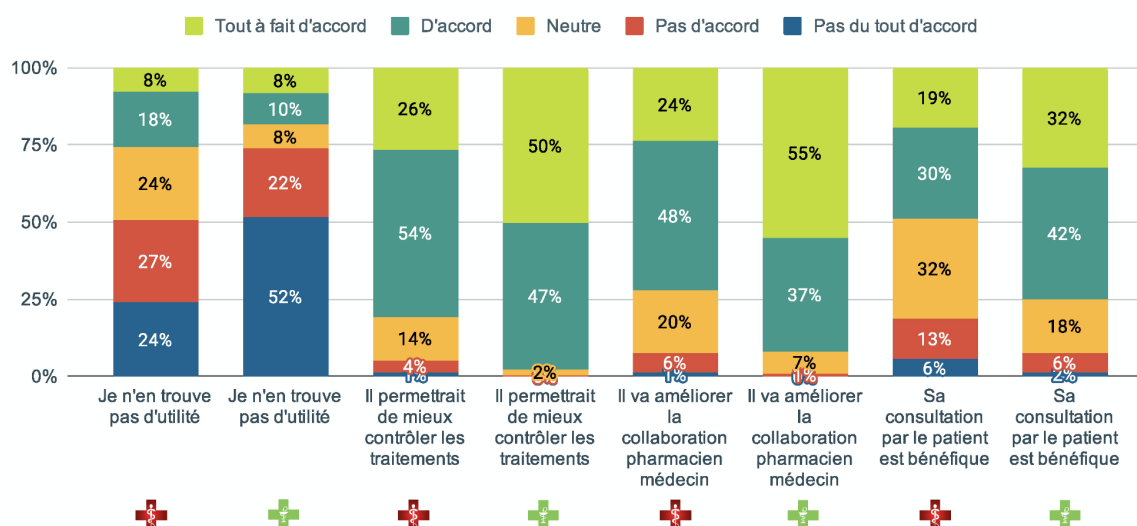


Figure 17

A propos du schéma de médication partagé, 74% des pharmaciens et 51% des médecins ne sont pas du tout ou pas d'accord avec son manque d'utilité. Au contraire, 80% des médecins et 97% des pharmaciens pensent qu'il permettrait de mieux contrôler les traitements, 72% des médecins et 92% des pharmaciens pensent qu'il améliorerait leur collaboration. Enfin, 49% des médecins et 74% des pharmaciens pensent que la consultation du schéma de médication par le patient est bénéfique.

A la fin de mon questionnaire, j'ai conçu champ libre où les répondants pouvaient faire d'éventuelles remarques que vous pouvez retrouver ci-dessous. J'ai également reçu énormément de messages de soutien et d'encouragement que je n'ai pas pu afficher ici. J'ai supprimé 4 messages non anonymisés ou vulgaires.

Commentaires libres des médecins
Je crois qu'il y a un risque à partager tout le temps. "Dr, le pharmacien vous l'avait signalé" oui mais trop d'informations rend l'assimilation impossible.
les pharmaciens " avancent" jusqu'à 7 boites de somnifères entre autres
encore beaucoup de Bugs avec le schéma partagé
nous sommes en route pour le pharmacien-médecin....tout va bien

nous remettons au patient un schéma, l'infirmier redige son schéma dans son dossier et le pharmacien rend un schéma qui bien souvent représenté médicaments arrêtés ou ne remet pas des médicaments que le patient prend encore donc il faut choisir qui est responsable du schéma Par expérience, ces différents schémas entraînent de la confusion
Les pharmaciens délivrent trop de médicaments sans prescription. Sinon j'estime avoir de bonnes relations avec les pharmaciens.
Si j'ai besoin d'une info concernant un médicament ce n'est certainement pas chez un pharmacien que j'irais la chercher sauf si je recherche la marge bénéficiaire sur un médicament. Je vais sur le CBIP. Ce qu'ils vendent en dehors des prescriptions ne donne vraiment pas envie de leur faire confiance. Ils ignorent tout de la médecine (c'est normal ils ne sont pas formés pour cela mais ils demandent des responsabilités) et les traitements qu'ils donnent à leur comptoir sont des traitements symptomatiques à base de produits dont les effets ne sont pas prouvés (homéopathies, huiles essentielles, etc ...) pour autant que cela leur rapporte. Le fait qu'ils proposent toujours des produits à moins de 10 euros est très symptomatique : pas trop cher pour le patient (sur lequel ils exercent une pression liée à leurs pseudos connaissances) mais rentable pour eux. Certains militent même contre les vaccins et sapent notre travail de persuasion auprès de nos patients. S'ils veulent rentrer dans la danse de la médecine, il faudra qu'ils suivent le tempo de l'orchestre. Actuellement leur musique est tout à fait discordante. Je serais disposé à collaborer avec eux mais il faudrait que cette collaboration se limite à la gestion des médicaments, et encore, il ne faudrait pas qu'ils discutent le traitement de chaque patient, cela deviendrait vite ingérable et source de conflits supplémentaires. Une association dans une campagne de prévention sur un sujet précis serait une bonne idée. Peut être qu'avec le temps, on apprendrait à se connaître et avoir confiance mais ce n'est pas le cas actuellement. Le côté mercantile de leur activité est tellement en opposition avec nos obligations déontologiques et nos choix de vie. Nos mentalités sont trop différentes actuellement. Peut être que cela changera avec les futurs générations !
Actuellement tous les items évoqués font l'objet de demande ou d'information informelle d'un côté comme de l'autre
La pratique de la médecine est réservée au seul médecin...
utilité d'un accès à l'ensemble des pharmacies consultées par un même patient
Je pense que le partage des données entre pharmaciens et médecins demande une grande réflexion entre les 2 disciplines afin de dissiper les craintes des 2 côtés.
Il manque une option entre au moins une fois par mois et jamais dans la question 1. Dans mon cas je l'ai utilisé moins d'une fois par mois car je trouve que cela ne fonctionne pas bien actuellement mais c'est déjà plus que jamais. Bon courage pour ton TFE.
J'ai toujours trouvé qu'il n'y avait pas bcp de communication entre ses 2 métiers donc merci pour votre travail.
Dans notre entité, nous avons un très bon contact avec nos amis pharmaciens et nos échanges cordiaux sont parfaitement bénéfiques pour tous, y compris le patient. Nous n'hésitons jamais à nous contacter pour un conseil, un avis, une modification de traitement, un doute.... L'historique des médicaments chez le pharmacien et nous est une très bonne manière de suivi des patients...
pour pas mal de patients le traitement à la sortie de l'hôpital est différent du traitement prescrit et est différent du traitement délivré par le pharmacien et est encore différent du traitement réellement pris par le patient;

j'ai peur des malentendus ds le questionnaire avec les affirmations comportant une négation; j'ai peur de la dérive big brother que les outils peuvent générer avec de bonnes intentions parfois, je trouve que l'accord du patient cite ds les questions est parfois très théorique qd on voit l'inscription automatique et non expliquée au rsw fait par les hopitaux... donc d'abord sécuriser sinon on ne partagera pas facilement...

Pour t'aider dans ta pratique, il faut d'abord te faire confiance avant de déléguer ton activité. Tu es médecin responsable de tes actes et de tes faiblesses que tu dois sans cesse contrôler et assumer. Tu as droit à l'erreur mais ne compte pas sur le pharmacien pour les corriger il reste un marchand de pilules et il vit de ce mercantilisme ne l'oublie jamais. Un exemple flagrant : carence en vitamine D en hiver ... il fourgue des associations de produits calcium et vitamine D qui coûtent une blinde au patient sans connaître l'état de ses reins et de ses artères. C'est du mercantilisme pure et simple alors qu'une injection de vitamine D3 BON 200 000 UI par trimestre suffit et qui coûte deux euros et ... Il ne te le dit pas ne te prévient pas. Il m'a tué trois patients: calcifications étendues des parois des vaisseaux de moyens calibres avec liquéfaction du tronc coeliaque. Alors je t'invite à rentrer dans le monde réel et te rendre compte de la réalité de terrain. Au plaisir de te rencontrer un jour. Bonnes fêtes de fin d'années.

que le pharmacien ne délivre plus des substances telles benzodiazépines, antalgiques ou somnifères sans notre avis: il est arrivé et arrive encore que le patient nous présente une note du pharmacien avec 6 temesta, 4 valium, 8 valtran , 6 zolpitol (que le patient doit!) et j'en passe, sans du moins demander notre accord, comme ils le font pour la méthadone, P ex

collaboration importante pour connaître la délivrance ou non d'un médicament ainsi que la fréquence de délivrance de celui-ci (par diverses pharmacies) pour connaître les abus éventuels

Que chacun reste à sa place et les brebis seront bien gardées;
Il est toujours fort difficile d'être juge et partie, je parle dans le chef du pharma...

La collaboration n'est pas toujours facile. Mais elle a le mérite d'exister. Attention de ne pas trop disperser les responsabilités. Pas pour les interactions médicamenteuses nous pouvons disposer des mêmes logiciels que les pharmaciens (d'où alerte lors de la rp)

Le seul intérêt d'un partage du dossier médecin-pharmacien est le contrôle de la médication chronique, de connaître les éventuelles substitutions de traitement, de connaître les médicaments indisponibles et de contrôler les abus médicamenteux. Si le pharmacien a un problème avec une prescription, je préfère qu'il me téléphone pour en discuter plutôt que de créer un doute chez le patient.

Chacun doit garder son rôle, nous avons des métiers complémentaires. Nous devons préserver notre médecine.

souhaiter que e-health soit secure et ne présente pas de BUG et favoriser un logiciel fait par des médecins et pour des médecins

Trop d'information tue l'information et dilue la responsabilité : la fameuse collusion des responsabilités de Balint

A vouloir rendre trop de données accessibles aux différents professionnels de la santé, on risque de prendre beaucoup trop de temps à l'encodage et plus assez à écouter la particularité de chaque individu. Celui-ci doit rester le principal sujet de sa santé.....Et cela va bien au-delà du respect de la vie privée....

actuellement, les fiches de traitement établies par hopita, med spec, med généraliste,

infirmier et pharmaciens se télescopent trop souvent car ils comportent des variantes; de plus, le patient prend parfois l'original ET le générique du même médicament; c'est cela le plus préoccupant pour la santé publique

Le schéma de médication tel qu'actuellement possible via nos logiciels est absolument ingérable. Je n'en crée que pour des patients prenant 3 ou 4 molécules et dont je suis quasi sûre de la compliance (et ce dans le but de satisfaire à un critère de la prime informatique...). Pour les autres, chez qui cette fonction devrait être la plus utile (les polymédiqués qui changent fréquemment de traitement, voient différents spécialistes qui interviennent dans ces traitements, c'est absolument impossible de s'y retrouver.

je ne connais pas le schéma de médication partagée. Cela existe-t-il déjà?

toutes mes réponses impliquent à chaque stade un accord du patient avec possibilité de retour en arrière et de faire disparaître éventuellement toute trace informatique si souhait du patient

Les encodages supplémentaires ajoutent une tâche de travail non-négligeable et une sensation de travail administratif non gratifiant. tant pour les médecins que pour les pharmaciens, les options supplémentaires ne doivent pas être des tâches administratives supplémentaires mais doivent être extraites d'une utilisation routinière. Par exemple, le fait de devoir synchroniser manuellement un schéma de prescription n'a aucun sens alors que je viens de compléter des prescriptions. De la même manière, le pharmacien ne doit pas me notifier qu'un médicament a été délivré, ça doit apparaître automatiquement sur le réseau et que mon DMI puisse l'afficher directement. Merci pour cette étude intéressante!!!

Commentaires libres des pharmaciens

en tant que pharmacien, je me sens souvent exclue du processus "médical" alors que je suis un professionnel de la santé au même titre que les médecins...j'espère que cette étude pourra faire évoluer les mentalités. Bon travail!

nous sommes dans l'aire de la communication et cela ne déserte pas l'humain, nous sommes tributaire et enchaîné par l'informatique

super idée, une collaboration plus soutenue entre les prestataires de soins ne peut être que bénéfique.
Celle-ci doit être un échange et se faire dans les deux sens.

belle initiative, la collaboration manque cruellement à notre pratique bon travail

Une vraie collaboration médecin/ pharmacien Serait vraiment très bénéfique

comme je l'ai dit, le partage des données doit se faire dans les deux sens. Ca doit être une avancée pour les 2 praticiens. Un accord écrit doit être demandé au patient une fois pour toute pour que les données soient partagées du médecin vers le pharmacien et vice-versa.

Il est vraiment important d'améliorer la communication entre médecin et pharmacien, cela s'est encore plus révélé durant cette période covid.

Belle initiative, vivement l'approche multidisciplinaire

la fonction commerciale et gestionnaire du pharmacien prend actuellement plus de place que la fonction pratique et scientifique (pour moi en tant que gérante)

Dès mai 2021, le Pharmacien Hospitalier notifiera la pose ou le retrait d'implants au patient via le Registre Central de Traçabilité. Cette information devrait également être échangée entre professionnels de la santé, au même titre que le schéma de médication.

Dans notre officine les échanges avec les généralistes du coin sont très bon et dans les 2 sens. Maintenant les échanges avec spécialistes sont plus compliqué , déjà difficile de trouver les num de téléphone qui n'apparaissent plus nul part et par la mise en place de secrétaires qui bloquent constamment nos questions qui sont loin d'être idiotes . On ne contact jamais un médecin sans raison, uniquement si nous n'avons pas de moyen de résoudre un problème de notre propre chef (pas de strict égalité si produit manquant , effets secondaires beaucoup trop inconfortant, posologie hors norme nécessitant une confirmation...) La collaboration entre médecin - pharmacien-patient est pour moi une priorité absolue, elle permet d'éviter beaucoup d'erreurs de tous les cotés, et surtout le suivi du patient n'en sera que meilleur. Bonne chance à vous!
bcp d enquetes et quel resultat?
Merci d'essayer d'améliorer la communication entre les professionnels de la santé, et bonne merde pour la rédaction et la défense
les médecins et pharmaciens doivent collaborer et mieux se connaître...
je ne souhaite pas partager le DDP mais le schéma de médication si nous sommes rémunérés correctement pour cette acte pharmaceutique. On ne considère que très peu notre profession. Le contact avec les médecins est très difficile car ils sont difficilement joignables, ils sont très surchargés et manquent de temps. La concertation n'est pas facile alors que le succès est souvent dans l'équipe.
Il est plus que temps que cette collaboration devienne normale et répandue - courage!
Je pense que le schéma de médication synchronisé partagé ne devrait être modifiable uniquement par le pharmacien de référence du patient et annotable par le médecin généraliste et les spécialistes, quand il y a une modification de doses, de traitement, etc... Les médecins restent les spécialistes du diagnostic/du choix du traitement et les pharmaciens les spécialistes de la gestion de la prise des médicaments (moment de prise idéal, interactions entre médicaments) et sont seuls à connaître les OTC pris par le patient.
Il y a encore du boulot...
Ce serait super d'arriver à faire avancer le processus de partage des données !
une meilleure collaboration médecin-pharmacien ne peut être que bénéfique au patient
Merci d'analyser tout cela. Je trouve que la collaboration médecin - pharmacien, et en général la collaboration entre tous les professionnels de la santé est très valorisante pour nos métiers et est également bénéfique pour la santé du patient. J'ai personnellement assisté à un séminaire collaboratif dans ma dernière année d'étude (avec des kinés, ergo, médecins,...) et j'ai été très déçue en entendant une future médecin me dire qu'elle ne "comprendait pas l'intérêt du pharmacien" et qu'il n'avait qu'à "exécuter la prescription du médecin". Je pense que la formation universitaire interprofessionnelle est toute récente et qu'elle a encore de beaux jours devant elle. Dans ma pratique professionnelle, je trouve que les contacts avec les médecins sont majoritairement faciles et qu'ils sont très disponibles, même si c'est parfois compliqué avec certains qui se pensent très supérieurs... ;-)
passer par les firmes de soft (toutes.....) et avec une seule interface me semble nécessaire mais avec la lasagne institutionnelle, cela me semble un doux rêve
je ne suis pas fan de technologie
Je suis à 100% pour ce genre de démarches mais on doit encore beaucoup évoluer pour accepter de travailler ensemble sans jugement des uns et des autres pour le bien de nos

patients communs. Bon travail et heureuse année!
importance du schéma de médication multidisciplinaire dans les soins transmuraux
Beaucoup de questions touchent à des échanges d'information actuellement interdites par la loi actuelle sur la protection des données à caractère personnel (dite la "Loi Vie Privée"), par exemple la notification de shopping médical ou de suspicion d'abus. Nous ne pouvons actuellement uniquement alerter un médecin si le patient se présente avec une ordonnance de ce dernier, et je ne peux en aucun cas en alerter d'autres, ni mentionner l'identité des autres médecins qui suivent le patient en question.
Pour le shopping médical et les abus , le souci est que le patient retire son accord et donc la vue que l'on a donc si ce n'est pas obligatoire ou bien qu'il n'est pas permis dans ces cas là de consulter sans consentement (pour raison de santé) , cela ne fonctionnera jamais ...
pas assez d'information sur certaines plateforme
A la question 8 : on ne modifie pas le traitement, on trouve le produit disponible dans l'intérêt du patient par rapport à la prescription.
Super initiative pour une meilleure collaboration dans l'intérêt du patient
Améliorer l'utilisation des dossiers pharmaceutique serait bénéfique Mise en place d'un système de communication lié au schéma thérapeutique du patient permettant de suivre et d'adapter la prise des traitements par les patients en vue d'un passage à la PMI (livraison de médicament par semaine individualisé par patient). La PMI nécessite une communication parfaite entre médecin et pharmacien pour pouvoir être mise en oeuvre.
Il faudrait déjà que les bases de données des médecins soient identiques à celles des pharmaciens..
pour que cela marche il faut définir sans ambiguïté le rôle de chaque professionnel
Actuellement un pharmacien peut-il avoir accès au réseau santé wallon à titre professionnel ?
tres fort abus de zolpidem , morphine que nous pouvons voir via dpp et du coup ne pas délivrer, aussi fausses ordo;... et malgré plainte à la commission medicale provinciale et à l'inspecteur qui se dit ne pas etre au courant , ces patients continuent avec complicité de medecins prescripteurs complaisants à se droguer sans etre inquiétés ni le medecin responsable en première ligne CATA
Ne pas oublier l'ampleur des achats de médicaments otc et compléments alimentaires par un pourcentage important de la patientèle sur des sites internet, même au niveau des patients de la soixantaine ou septantaine! Les médecins et pharmaciens n'ont plus aucune emprise sur ce fait ni aucune possibilité de consultation de ces données, les schémas de médication seront souvent incomplets et les contrôles d'interactions difficiles . Les chiffres d'affaire de ces sites internet belges pharmaceutiques atteignent l'équivalent de certainement 200 pharmacies physiques si pas plus, c'est pour vous dire le changement de comportement du patient qui vient de moins en moins chercher ses traitements d'automédication en pharmacie mais les choisit lui-même devant son écran...
Je suis très attaché à la protection de la vie privée et je me méfie comme de la peste de ces dossiers partagés ; quant à l'accord demandé au patient je n'y crois pas : je vois bien que ceux qui passent un examen à l'hôpital se retrouvent avec un dossier pharmaceutique partagé sans qu'on leur ait rien demandé

Très bon sujet d'étude en espérant que vous puissiez faire avancer les blocages actuels :-)

Lorsque le schéma de médication est changé aussi bien par le médecin que par le pharmacien, il faut des règles bien claires pour éviter un abus de changement ou changement non approprié. Idéalement c'est que le pharmacien soit le gestionnaire du schéma et qu'il fasse toujours le changement lorsqu'il reçoit une notification automatique que le médecin a changé le traitement.

à quand un logiciel pour prescription électronique actualisé? c'est-à-dire sans médicament hors commerce, en rupture, ou fantaisiste inexistant, avec des posologies irréelles, le contenu qui ne correspond pas au code, avec des magistrales fantômes...etc? toutes les sociétés informatiques se sont pressées là dedans et pour mal faire !

Projet ambitieux. Curieux de voir le déroulement et la projection future de toutes ces propositions. Il serait temps que les pharmaciens aient accès à plus de données patients. Mais j'ose espérer que ça aille dans les deux sens. C'est à dire que si le pharmacien est amené à partager ses schémas de médication, etc, le médecin devra en faire tout autant. Pour ce qui concerne les demandes que les médecins pourraient faire aux pharmaciens (demande de recherche d'interactions, calcul de dose, dépistage d'abus,...) il faut garder à l'esprit que nous ne ferons pas ça gratuitement.

on aurait aimé avoir possibilité de justifier nos choix

Je suis à 100% pour ce genre de démarches mais on doit encore beaucoup évoluer pour accepter de travailler ensemble sans jugement des uns et des autres pour le bien de nos patients communs. Bon travail et heureuse année!

Matrice d'accès ehealth

Type de document	Catégorie de prestataire de soins AR78															
	Médecin	Sage-femme	Pharmacien Biologiste	Pharmacien Hospitalier	Pharmacien	Dentiste	Infirmier Educateur	Infirmier	Kiné	Ergo	Logopède	Diététicien	Podologue	Technicien de laboratoire	Technicien de radiologie	Autre
Sumehr	Oui	Oui	Oui	Oui	Partiel	Partiel	Partiel	Partiel	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Schéma de médication	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Note patient	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Note de journal	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Rapport de dentisterie ou chirurgie maxilo-faciale	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Rapport de laboratoire	Oui	Oui	Oui	Oui	Limité	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non
Rapport de radio et imagerie	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Limité	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non
Rapport de diabétologie, d'endocrinologie ou de médecine interne	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Rapport SafeLink - Covid 19	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Mesures de « telemonitoring » et trajets de soins	Oui	Oui	Oui	Oui	Limité	Limité	Oui	Oui	Limité*	Limité*	Limité*	Oui	Oui	Limité	Limité	Limité
Autre (règle générale)	Oui	Oui	Oui	Oui	Limité	Limité	Limité*	Limité*	Limité*	Limité*	Limité*	Limité	Limité	Limité	Limité	Limité
Documents de santé à caractère psychiatrique	Conditionné	Limité Conditionné	Limité Conditionné	Limité Conditionné	Limité Conditionné	Limité Conditionné	Limité Conditionné	Limité* Conditionné	Limité* Conditionné	Limité* Conditionné	Limité* Conditionné	Limité Conditionné	Limité Conditionné	Limité Conditionné	Limité Conditionné	Limité Conditionné

Délibération n°18/190 en décembre 2018

Document type	Admin Data	SUMEHR									
Profession											
Speciality/Subject	Name Address Contact info	Contact persons (non-therap.)	GMF-holder	Healthcare prof. treating the patient	Adverse drug reaction	Allergies	Social risks	Risks	Problems	Treatments	Patient Will
Consulting person											
Patient	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Physician (ALL)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Nurse	X	X	X	X	X	X		X			
Psychiatric nurse	X	X	X	X	X	X		X			
Practical nurse	X	X	X								
Midwife	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Pharmacist in office	X	X	X	X	X	X		X			
Pharmacist in hospital	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Pharmacist Clinical Biologist	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Dentist	X	X	X	X	X	X		X			
Physiotherapist	X	X	X								
Clinical Psychologist	X	X	X								
Clinical Orthopedagogist	X	X	X								
Pharmacist-technical assistant	X	X	X								

Document type	medication scheme (1)		vaccination scheme (2)	pharma-ceutical prescription	discharge report contact report										labresult	result of other technical examination							
					Physician				Nurse			Midwife				Physician							
Profession																							
Speciality/Subject	all medicine and posology related information	indication			All depts	Psy	Gyn	Max-fac	All depts	Gyn	Psy	All depts	Gyn			All depts	RX	Nucl med	Cardio	Gyn	Dental	Stoma	Max fac
Consulting person																							
Patient	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Physician (ALL)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Nurse	X	X	X						X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
Psychiatric nurse	X		X						X		X												
Practical nurse																							
Midwife	X		X	H	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Pharmacist in office	X		X	X																			
Pharmacist in hospital	X		X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Pharmacist Clinical Biologist	X		X		X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dentist	X		X	H											H						X		
Physiotherapist																							
Clinical Psychologist																							
Clinical Orthopedagologist																							
Pharmacist-technical assistant																							

Legend:	X	Can be consulted
	X	Proposal for "X", pending approval
	H	explicit mention of horizontal access for document types where no distinction is made according to profession/specialism
Remarks:	The following documents are not included in the matrix: - note - product delivery - clinical summary For results/RX, access is proposed for physiotherapists At Vitalink, the Medication Scheme and the Vaccination Scheme are separate data categories, while at RSW & RSB/BGN, the Medication scheme and the Vaccination scheme are part of the SUMEHR. The presented access rules are the minimal set that is applicable at the 3 vaults. The SUMEHR categories have the following definition (taken from https://www.ehealth.fgov.be/standards/kmehr/en/transactions/summarised-electronic-healthcare-record-v20) - Contact persons (non-therap.) Persons related to the patient who do not intervene in the treatment or care of the patient, e.g. family, neighbours - GMF-holder Physician who holds the Global Medical File (Fr: détenteur du Dossier Médical Global; Ni: houder van het Globaal Medisch Dossier) - Healthcare prof. treating the patient Healthcare professionals who intervene in the treatment of care of the patient - Adverse drug reaction Risk relative to an adverse drug reaction, such as an intolerance or side-effect - Allergies Risk relative to an allergy - Social risks Social risk factors; a comprehensive list is formed by the ICPC-2 Social Problems (category Z) - https://ehelse.no/icpc-2e-english-version - Risks Other risk factors, e.g. risk factor for cardiovascular disease - Problems A current diagnosis, problem, complaint, symptom, etc. or a relevant medical antecedent - Treatments A current treatment of a relevant therapeutic antecedent - Patient will A therapeutic limitation expressed by the patient; possible values are listed at https://www.ehealth.fgov.be/standards/kmehr/en/tables/patients-will	

Interview ehealth Thibaut Duvillier

- Quelle est la situation actuelle sur l'échange des données?

A l'époque, quand on a voulu créer Behealth au départ, c'était une centralisation des données unique sans différents hubs. A l'époque il y a eu une levée de boucliers de la part des politiques et prestataires de soins. La copie a été revue en 2008 avec la plateforme ehealth, qui est une autoroute, on donne l'infrastructure technique pour permettre l'échange et le partage de données entre les différents acteurs, on décide du code de la route, c'est à dire d'une matrice d'accès: qui à accès à quelles informations? Qui peut voir le schéma de médication? L'idée c'est que la voiture est une donnée, elles ne font que passer, et peuvent être stockées par des ASBL et libérées pour une quantité de jours.

Récemment, des médecins d'assurance auraient pu avoir accès à des données de patients qui ne sont pas les leurs car ils ont une activité mixte généraliste/médecins assureurs. Pour qu'il y ait partage de données, il faut le consentement électronique des données de santé, une relation thérapeutique. Le médecin assureur n'a pas de relation thérapeutique et peut donc être poursuivi par l'hôpital, par l'ordre des médecins, et par l'autorité de protection des données. Cependant, des abus il y en a toujours et il y en a toujours eu, comme les policiers qui allaient voir des dossiers à des finalités personnelles. L'essentiel est qu'on puisse les retrouver et les poursuivre.

- Est-ce qu'il y a des commissions indépendantes qui vérifient ces accès ou est-ce qu'il y a des notifications lorsque des accès sont frauduleux?

C'est essentiellement sur base de plainte, le patient peut voir les liens thérapeutiques qu'il a. Si il voit un médecin qui a accès sans raison, il peut l'exclure et porter plainte.

Dans le cadre des assurances, on pourrait envisager que dès qu'un médecin est nommé expert dans un cas, le dossier soit automatiquement transféré au patient afin que celui-ci bloque tout accès à cet expert. Comment alors on doit notifier le patient est la question.

Un médecin inspecteur de l'inami, contrôleur du spf, médecin du travail ou de mutualité, médecin contrôle de l'employeur, médecin assureur n'a pas de contrôle sur ces données dans le sens où il n'aide pas à soigner ou contribuer à la qualité des soins du patient il est donc hors de question qu'il y accède, malgré le lobbying que ceux-ci essayent de mettre en place. En revanche, dans le cadre de la médecine préventive comme les dépistages ou la médecine scolaire, on pourrait envisager qu'il accède au dossier. Il y a un débat car c'est de la qualité et

de l'accompagnement, c'est prévenir, mais pour l'instant c'est non. Quand bien même, comment s'assurer qu'un dossier examiné par un médecin du travail ne va pas être donné à l'employeur? Pour la médecine d'assurance, si à un moment ils peuvent voir si quelqu'un est atteint du VIH ou d'un cancer, les primes pourraient être revues à la hausse et ça, ça ruine la confiance dans ce système, donc c'est non. Le troisième, est la matrice d'accès par les prestataires de soins.

Au niveau du Sumehr, il y a pas mal de projets. Il y a eu plusieurs roadmap qui portent sur 2019-2021. Quand on discute avec certains médecins, qui sont critiques et ouverts, ils disent souvent qu'on doit leur laisser digérer les projets avant d'en créer des nouveaux et c'est vrai que autant l'inami que le SPF que l'aviq, etc... Les idées ne sont pas ce qui manque mais l'important est de faire en sorte que ce qui existe déjà fonctionne et soit utilisé. Par exemple, le Sumehr existe depuis bien longtemps et est encouragé via la prime télématique des généralistes. L'idée était de faire en sorte que le généraliste crée et partage un Sumehr. Il faudrait un alignement des politiques publiques à ce niveau là car du côté du SPF Santé publique qui a le BMUC c'est à dire le financement hospitalier, le BMF est revu pour faire en sorte que davantage d'incitants soient mis à l'informatisation au niveau des hôpitaux et plus par rapport au nombre de lits, etc. L'idée est de jouer avec des parties variables et des leviers, s'ils utilisent les registres électroniques, les déclarations électroniques de naissance, alors ils auraient des points en plus. Même principe que pour les généralistes mais avec les hôpitaux. Il n'y a pas d'alignement ni d'obligation pour les urgentistes de consulter le Sumehr au niveau des hôpitaux, alors que le Sumehr a été créé pour les cas d'urgences. Il n'y a pas d'obligation pour les hôpitaux de dire à leur personnel, au moins dans les cas d'urgence, d'aller consulter le Sumehr qui existe. Car à quoi ça sert de demander aux généralistes de créer un Sumehr si in fine, en bout de chaîne, ce à quoi avait été prévu le Sumehr, la finalité, les autres prestataires de soins dans le cadre multidisciplinaire ne le consultent pas.

Tous les 3-4 mois, on établit avec l'ASBL Recipe, le CIN pour Mycarenet, avec les coffres-forts, on réalise un monitoring de l'état de l'e-santé avec le nombre de patients qui ont donné leur consentement, le nombre de personnes qui utilisent la ehealthbox, e-attest, le nombre de Sumehr ou de schémas de médication. Grosso modo, en Wallonie et à Bruxelles, en termes de patients qui ont un Sumehr c'est presque 800 000 wallons (très peu) et Bruxelles 220 000. Donc on voit que cet outil est sous utilisé et il faudrait peut-être travailler d'abord ces outils là. Par exemple en Flandre ils ont encore un Sumehr monolithique, c'est à dire que les diagnostics, antécédents, allergies,... ne sont pas modulaires et compartimentés mais présents sous forme de blocs. (texte libre) Cela limite l'export du Sumehr car on ne peut pas partager une partie de celui-ci avec un autre prestataire de soins sans lui donner accès à tout le résumé du patient. Les médecins flamands sont en général moins d'accord de partager ces données avec les non-médecins. En Wallonie, en revanche, la modularité du Sumehr permet d'ouvrir les accès aux dentistes ou kinésithérapeutes. Pour l'instant, l'e-santé travaille beaucoup sur les médecins généralistes, les hôpitaux, les

infirmiers à domicile et les pharmaciens, mais il est vrai que les autres prestataires sont un peu laissés sur le côté. La réflexion c'est de dire qu'il faut digérer ces outils et comment les améliorer afin de les rendre utiles et utilisés par les prestataires voire par les patients en leur permettant d'ajouter eux même des notes à leur dossier. Des nouvelles idées ou des projets ce n'est pas ça qui manque, mais il faut surtout aller au bout des projets déjà en cours. Beaucoup de gens ont des impressions différentes sur le train de l'e-santé, certains pensent qu'il va trop vite ou d'autre pas assez.

La deuxième réflexion, c'est de se dire que sur les freins ou leviers, je reste persuadé que souvent on a dit que c'était un problème générationnel, et je ne nie pas que cela joue comme par exemple le fait que les médecins de plus de 64 ans ne doivent pas se mettre à l'électronique. Cependant, je constate quand je parle aux jeunes médecins qu'il y a une crainte car ils ne savent pas trop ce qu'il y a derrière. Il est alors nécessaire de démystifier cela et de donner des explications aux gens. Par exemple, après avoir convaincu les autorités facultaires, depuis 3 ans des cours sur l'e-santé obligatoires se donnent à l'ULB en dernière année de médecine. Ce genre de cours permet d'avoir un débat critique notamment sur la formation initiale mais aussi des sujets comme l'intelligence artificielle dans l'informatique médicale, pas seulement pour les médecins mais aussi pour les infirmiers ou dentistes ou autres. Dans la formation continue, il faudrait également favoriser les coaching, les conférences informatiques. Il y avait jusqu'à il y a quelques années un retard sur ces formations du côté wallon.

Un troisième élément est que les médecins ne veulent pas qu'on leur impose des nouveaux outils tant qu'il n'y a pas une stabilité dans les infrastructures. En effet, il y a encore de nombreux bugs informatiques qui mettent à mal le système. Il faut communiquer plus rapidement à l'avenir entre le moment où il y a un incident et où les prestataires de soins sont informés. S'il se passe quelque chose, il faut qu'il y ait une alternative viable peu importe la méthode et que ça n'influe pas sur la pratique médicale. Une option serait de créer des voies secondaires via d'autres lignes en cas de bug, afin de bypasser ehealth. Par exemple, on pourrait consulter l'assurabilité en premier via ehealth, si le système est défaillant, directement via mycarenet, et si aucun des deux ne fonctionne directement auprès des organismes assureurs. On doit prévoir au cas par cas des voies de secours. Le médecin généraliste, il voit que ça ne va pas, il ne sait pas faire la prescription, il doit recevoir un message de l'INAMI lui disant la procédure à mettre en place selon telle situation. Ces méthodes doivent être intégrées via le soft, et que le médecin ne le voie pas et que ça n'influence en rien sa pratique quotidienne. On ne pourra jamais empêcher des incidents d'avoir lieu. On a une structure décentralisée, on a des services de base au niveau d'ehealthbox, du time stamping, pour l'UM, encryption, clé de sécurité. On a des services au niveau de l'INAMI, UREG, SPF, les services d'urgences, prescription recip-e dont les services se situent chez proximus, les mutualités gèrent les chapitres 4, les e-atteest, e-fact, c'est donc mycarenet c'est donc CIN et les OA. Donc quand c'est pas un bug de chez eHealth un jour, cela peut être un bug dans un autre des services d'un des

sous-traitants. La complexité de notre système ne peut pas être une justification pour dire oui mais il y a des pannes pour telle ou telle raison.

- Est-ce qu'il faudrait repasser à un système qui ne serait pas multiplateforme?

C'est ce que Maggie De Block avait pensé en disant: est-ce qu'il ne faudrait pas revoir la gouvernance au niveau de l'e-santé. Cependant, il y a des raisons historiques, à un moment on avait dit hors de question que les prescriptions même encryptées soient au niveau de ehealth et donc on avait dit on crée une ASBL qui est financée par l'inami mais qui est dirigée par des pharmaciens de l'apb et de médecins dont président de l'ABSyM. Des réunions sont en cours avec Maggie De Block afin d'en discuter, cela peut être une piste.

- Le problème est que le jour où le médecin délivre une ordonnance électronique que le pharmacien n'arrive pas à retrouver dans sa banque de données, comment pallier ce problème sans justificatif de prescription?

C'est ce problème qu'il faut discuter, car quand le médecin envoie la prescription sur recipe et que le pharmacien ne peut le retrouver, c'est toute la problématique pour l'instant. Il y a l'idée d'avoir un autre datacenter, une copie des serveurs pour faire en sorte qu'il y ait un switch et que l'ensemble des services soient backupés. Il est question qu'il y ait toujours une copie et que si un serveur comme proximus est down, le pharmacien puisse toujours retrouver via une autre méthode la prescription. Pour l'instant, la dématérialisation de la prescription électronique a toujours été reportée. Pour l'instant, les softs doivent encore intégrer le fait qu'il n'y aura plus du tout de prescription papier et que ce sera uniquement au moyen de la carte eID que le pharmacien ira chercher la prescription sur le serveur et là, il est vrai que l'INAMI va l'imposer aux softs au plus tard en octobre 2020. L'obligation finale avec le seul cas de force majeure pourra encore être reportée en 2021 car on doit encore être au point avant d'obliger cela pour ne pas mettre en gage la qualité des soins.

- Et au niveau de la communication des bugs de serveurs, est-ce qu'il est envisagé une méthode pour informer les médecins?

On a créé un site web SITUS.fgov.be qui reprend un monitoring en real time afin de voir quel serveur est down. Une fois qu'un service apparaît en rouge, on peut voir quelle est la procédure à suivre. Cependant il faut encore faire la manipulation d'aller voir sur ce site. Ce qu'on utilise ce sont les tweet, mais on aimerait que l'information transite via la ehealthbox et envoie des notifications qui redirigeraient vers le site. Il est vrai que pour l'instant le site est trop informatique, il faudrait qu'il soit plus compréhensible par les médecins avec une explication sur quel type de service est en panne et non quel code d'erreur apparaît. Il nous faut réfléchir aux moyens de communications et à la manière de communiquer.

Est-ce que la ehealthbox pourrait être plus développée et permettre l'échange des organismes de gestions vers les médecins ; ou de médecins vers médecins?

C'est déjà le cas, la ehealthbox est déjà utilisée entre prestataires de soins, mais on ne sait pas quel type de médecins l'utilisent. Comme l'usage de la ehealthbox permet d'obtenir des primes, et que ces données sont cryptées, on ne sait pas savoir si les prestataires l'utilisent dans le cadre de soins ou uniquement pour s'envoyer des messages de sympathie. C'est également le cas pour le sumehr, on ne peut vérifier que les données fournies par les prestataires sont effectivement des données médicales. On ne peut avoir que des chiffres quantitatifs et pas qualitatifs sur le sumehr ou la ehealthbox. On peut alors miser sur la pression sociale, en se disant qu'au moment où ça sera rentré dans les coutumes, tout le monde veillera à l'utiliser consciencieusement. Au niveau de la responsabilité, l'informatisation ne change rien car que l'on donne un dossier médical papier ou informatique il n'y a pas de différence. Les médecins sont plus ouverts au partage et à la multidisciplinarité, mais certains réfractaires pensent encore que ce sont leurs données et qu'ils ne voient pas ce que l'échange pourrait apporter aux autres prestataires. Si une erreur est faite involontairement car le sumehr n'a pas été complété ou qu'une erreur s'y est glissée et a engendré une faute médicale, comment la responsabilité du médecin va-t-elle être engagée? Quand j'ai eu discussion avec l'INAMI et le SPF, au niveau des contrats d'assurance, le fait d'être électronique ne change pas la responsabilité du médecin.

Il y a un autre élément, via le personnel PhV où le patient peut lui-même consulter le sumehr ou une lettre de sortie ou un résultat, c'est l'idée où le patient est acteur de sa santé, mais c'est dans quelle mesure le patient est en mesure de comprendre. Il y a une tendance du patient à se méprendre et regarder l'ensemble des termes sur le net, sans accompagnement. Ou pire, certains pourraient se dire, le patient voit un résultat laboratoire comme on peut parfois cocher copie patient sur une demande de biologie, et le patient se retrouve seul face à des résultats du style séropositivité ou autre, avec les normes de laboratoire ou historiques. Et donc le patient risque de faire des interprétations alors qu'il n'est pas médecin. Le fait de l'ouvrir aux patients, j'ai eu une discussion avec les hôpitaux de Bruxelles et il n'y a que Saint Jean qui a décidé d'ouvrir aux patients les lettres de sorties, consultations, imageries et biologies. Ces données seront donc accessibles sur le réseau de santé bruxellois et donc via l'application MaSanté dans un délai de 30 jours. Il y a toujours la possibilité de bloquer cela lorsqu'un médecin a une suspicion de cancer et qu'il le note dans le rapport de consultation, mais en attendant il demande des examens complémentaires. Il ne faudrait pas que ce rapport soit ouvert au patient, qu'il puisse le consulter et tombe sur des notes qu'il ne devrait pas voir. L'idée serait de dire, on ouvre tout au patient, mais il y a un délai de 30 jours et à tout moment le prestataire décide ce qu'il veut partager ou non au patient. C'est tout une discussion qu'on a parce qu'on pense que ce n'est que technique l'informatique mais en réalité c'est également politique et socio-éthique. Qu'est-ce qu'on doit faire avec les

pathologies mentales, les MST, les circoncisions, les IVG,... Il y a des discussions socio-démographiques qui sont à prendre en compte, les cultures mettent certaines barrières au partage de données. Il semble que les softs hospitaliers ne soient pas adaptés à refaire une modulation en disant quel résultat on voudrait partager uniquement, du travail est à faire à ce niveau là.

Il existe le projet VIDIS, c'est un projet tiré par l'INAMI, organisé par l'APB, l'ABSyM,... ils se sont rendus compte qu'il y avait le schéma de médication, historiquement il était séparé du sumehr. Progressivement, on enlève l'aspect médication du sumehr pour créer le schéma de médication uniquement. Ceci afin de renforcer les multi-disciplinarités. Deuxième chose, c'est le DPP, c'est l'historique de la délivrance des médicaments dans les pharmacies, ça a été financé par l'APB et où les pharmaciens peuvent mieux conseiller selon les médicaments délivrés dans d'autres pharmacies. Troisièmement, il y a le Recip-e, les médicaments prescrits. Quatrièmement, il y a les demandes de chapitre IV auprès des organismes assureurs. Ils se sont rendu compte que ces 4 trucs là ce serait bien de les mettre ensemble. Et VIDIS, c'est l'intégration dans une webapp de manière interdisciplinaire, pour le médecin, pour le pharmacien, pour le patient, de voir l'ensemble de ces éléments là. VIDIS est un schéma de médication TO BO. On voudrait les intégrer dans les critères des softs de médecine générale en 2020. L'idée est qu'on reprenne dans cette vision que le médecin aura, médicaments prescrits, délivrés, ceux qui ont été cherchés à la pharmacie et non prescrits ou ceux qui ont été prescrits et pas délivrés, les demandes de chapitre IV et l'aspect note de journal. A ce moment, tout le monde pourrait, le pharmacien, médecin, infirmier, patient, hôpital pourrait constater tel effet secondaire et puisse le référer en note journal. C'est un projet en cours depuis 2 ans et on va rentrer en production. Ils ont d'abord voulu avoir une représentation totale des médecins et pharmaciens avant de lancer le projet.

- Est ce qu'il y a des freins légaux au partage de communication des données du DPP?

A priori non, il n'y a pas de freins à la pluridisciplinarité. La seule base réglementaire que nous adaptons c'est au niveau de la protection de la vie privée. Depuis qu'il y a eu le GDPR, il y a des sanctions qui peuvent tomber via la haute autorité de la protection de la vie privée. Les comités de sécurité de l'information sont une étape obligatoire et octroient des délibérations pour tout échange de données à caractère personnel. Que ce soit dans le cadre de registres, on reçoit souvent des demandes d'études, toutes ces demandes doivent passer par ce comité composé de médecins et juristes nommés par le parlement. Le débat est plus sociologique sur l'intérêt d'ouvrir et de recevoir certaines données. Alors, on soumet au comité de protection de données pour avoir son avis. Comme on a un règlement pour le consentement éclairé, on a un règlement pour la matrice d'accès. Mais il n'y a pas de loi qui interdise, au contraire, il y a une loi qualité qui redéfinit les conditions pour être prestataire de soins en Belgique et la multidisciplinarité est encouragée.

- Qu'est ce qui limite l'accès du pharmacien d'officine au Sumehr total?

C'est parce que les médecins estiment que les pharmaciens, les risques sociaux alcoolisme et autres font partie du secret professionnel et donc à la base de la confiance entre médecin-pharmacien. Ce sont des rapports coût bénéfice sur la pertinence et l'intérêt d'une donnée de santé dans un rapport d'analyse entre l'intérêt de la protection de la vie privée du patient et l'amélioration de la qualité des soins, et c'est ça qu'on doit mettre en balance. Les règlements existent et il y a toujours le secret professionnel des prestataires de soins.

- Au niveau des moins de 18 ans qui n'ont pas de carte d'identité, comment les enregistrer dans les réseaux de santé?

A priori, c'est la KidsID, eID, ISI+ ou numéro BIS pour les médecins du monde, on a du faire en sorte que les médecins généralistes pourront consulter le registre national d'une personne afin de si on ne le retrouve pas, de créer un numéro BIS qui est créé à la BCE à partir de leur nom prénom. Et donc c'est le médecin qui créera le numéro. Également, tant que les patients sont mineurs, on pourrait accéder via la carte d'identité des parents. On a également la discussion avec les détenus ou les autres Européens. L'idée c'est que même en prison, le patient peut aller faire des examens et donc il faudrait également passer par ces systèmes ce qui n'est actuellement pas le cas et pose problème pour assurer la continuité des soins. On essaie de faire comprendre à ces organismes pas dans l'idée de cliquer quelqu'un mais d'assurer une continuité de soins, de savoir quels examens et biologie ont eu. Certains disent qu'il y a aussi un argument budgétaire afin de ne pas recommencer les mêmes examens et ne pas financer deux fois. Mais cet aspect budgétaire de réduction des dépenses n'est pas un bon argument. Mais il faudrait peut-être envisager une étude à long terme par le KCE car comme on augmenterait la qualité de vie, on réduirait peut être les récidives, ou par l'empowerment du patient, il augmenterait sa responsabilité dans sa prise en charge. L'autre élément est la simplification administrative, dans l'intérêt pour le patient. Par exemple e-attest, le patient est remboursé dans les 2 jours après. Ou les demandes chapitres IV, la rapidité est telle que la mutuelle accepte instantanément et le patient ne doit pas attendre afin de commencer son traitement directement, ce sont quelques avantages.

- Dans MaSanté, e-vax va-t-il être inclus?

Il y a un logo vaccin qui est inclus sur ma santé, mais je ne sais pas trop où on en est, mais c'est le but. L'idée est qu'il y ait une seule base de donnée, mais qu'il soit possible qu'il y ait plusieurs portes d'entrées. In fine, dans ma santé, ce n'est qu'une interface. Le portail fédéral reprend les prescriptions, les vaccins, le Sumehr et donc nous orientera vers le Réseau Santé Wallon ou Bruxellois.

Interview RSW Philippe Jongen

Le projet vidis est un projet structurel qui est en route depuis 2015 et qui vise à amener tous les prestataires de soins qui peuvent intervenir d'une façon ou d'une autre autour d'un schéma de médication, le consulter, interagir avec lui. On peut imaginer ce que cela devrait être mais la mécanique la derrière c'est extrêmement complexe. Le DPP n'est pas un projet pilote, à la base c'était que le serveur farmaflux conserve les ordonnances de délivrance, sans en faire un schéma transversal mais un listing des 7-8 médicaments que le patient a été chercher en février et puis des 6 ou 7 qu'ils a été chercher en mars, etc. A priori, ces informations sont accessibles par les autres pharmaciens, pour autant que le patient ait donné son accord, et là on retombe sur la notion de consentement national, c'est le même consentement pour le partage de ses données de santé qui est valable tant pour le DPP tant pour le RSW Cozo, intermed,...

Ce qui change d'un point de vue conceptuel, c'est que le DPP, qui était comme un îlot en marge du continent, les pharmaciens souhaitent le proposer comme un HUB, ne plus interagir directement avec vitalink ou intermed, mais ils se retranchent au travers de ce HUB qu'ils souhaitent créer, qu'ils sont en train de créer. Et donc on aura plus d'interaction du pharmacien dans le schéma de médication unique qui se trouve sur les coffres-forts, ils vont partager au travers de leur hub, présenter les données de délivrance au patient ; présenter un schéma de délivrance, on parle d'un schéma de délivrance par opposition du schéma d'intention du médecin, médecin généraliste et autre. On fait en fait un recul en arrière car ce ne seront pas des données qui sont directement structurées, c'est déjà pas mal, au départ cela permettra au médecin généraliste de donner une vision, de savoir ce que le pharmacien a délivré au patient. Moi je serai bien content en tant que médecin généraliste de savoir ce qu'ils ont délivré à mes patients. Mais cela ne va pas permettre l'interaction dans VIDIS des données du pharmacien ce qui est un peu dommage.

Chacun a ses agenda cachés, je pense qu'ils ont d'autres idées en tête quand ils réalisent ça. Je peux imaginer que cela leur permettrait de partager d'autres informations que les schémas de délivrances du type conseils pharmaceutiques, moi pharmacien, j'ai donné des conseils de tel type dans ce sens ci, dans ce sens là, j'ai administré un vaccin, on parle de laisser au pharmacien la tâche de faire des vaccinations. Ils sont en train de préparer ça aussi, bon je ne suis pas là pour discuter du bien-fondé, moi personnellement ça ne me dérange pas. Je pense que tout cela complexifie le paysage qui n'était déjà pas évident. S'ils entrent dans le système HUB, ils entrent alors comme une xième étoile dans le paysage qu'on appelle le HUB/metahub ; où forcément la publication est alors référencée sur les autres hub. Au niveau du réseau santé wallon, je vais pouvoir voir ce que le pharmacien de référence a publié pour mon patient, ça va se lister dans la liste des documents accessibles comme les documents que j'ai publié moi dans un

sumehr ou un rapport infirmier ou un rapport hospitalier de namur ou un rapport hospitalier de charleroi, gand, anvers ou n'importe où. On a la liste et il sera indiqué hub DPP ou quelque chose comme ça. Dans la complétude de l'information, ce sera bien une fois que ça sera disponible. Ceci dit, on avait espéré un peu naïvement qu'en proposant un accès au sumehr, que les pharmaciens interagiraient avec le hub de la région dans laquelle ils se situent afin qu'ils puissent le consulter. On se bouge à faire de sumehr, entre autres pour l'hôpital mais aussi pour les pharmaciens. On rate un petit peu cette information là. L'intégration sera probablement meilleure dans un an ou deux. C'est leur décision des pharmaciens, ça ne reviendra pas en arrière, c'est un peu dommage.

Et qui prend ce genre de décision?

C'est farmaflux, l'apb, avec lesquelles on travaille beaucoup, dans les réunions vidis, avec recip-e. Mais bon, c'est un abord différent qu'ils proposent qui est moins participatif.

Les pharmaciens hospitaliers peuvent accéder au RSW mais pas les pharmaciens d'officine?

Oui, le fait que les pharmaciens hospitaliers accèdent au RSW est lié à l'organisation interne des hôpitaux, où dans le cadre de ses fonctions il accède à toutes les informations cliniques. Ça lui est nécessaire comme responsable avec leurs nouvelles fonctions pour faire l'évaluation du schéma de médication, vérifier les interactions et les choses comme ça. On leur permet alors de consulter ce qui se trouve dans leur propre hôpital mais également ce qui se trouve sur le RSW du patient.

Qu'est ce qui permettrait de libérer les accès pour les pharmacies d'officine?

Ah ça c'est encore un autre problème, je pense que tout dépend de quel côté on voit les choses. Je ne sais pas si tu as suivi les publications de l'ABSyM et du président de l'ABSyM assez virulentes concernant les accès aux pharmaciens des données de santé où il y a toujours une rivalité ancestrale, c'est un vieux brol. Si tu questionnes les toubib plus âgés, il reste encore des séquelles chez certains médecins qui ne veulent pas partager leurs informations médicales, où le médecin ne veut pas lâcher ses prérogatives, c'est lui qui connaît bien son patient, et dans la tête de ce genre de médecins ils considèrent les pharmaciens à tort comme exécutant qui délivre des pilules c'est caricatural mais dans leur tête c'est un peu comme ça. Donc ils ne sont pas prêts à laisser au pharmacien de ville des prérogatives qui s'écartent de ce schéma très réducteur.

Hors c'est clair que le pharmacien a besoin d'informations pour faire son travail de réconciliation médicamenteuse, il a besoin de toutes ces informations du sumehr pour vérifier qu'il n'y a pas d'interaction, si les dosages proposés pour ce bêta bloquant sont corrects. Le b-bloquant est proposé à telle dose, est-ce que c'est parce qu'il est hypertendu, ou insuffisant cardiaque, ou qu'il a des tremblements ou qu'il est tachycarde? Tout ça légitime à mon sens le fait que le pharmacien de

ville dispose de ses informations. C'est vrai pour beaucoup de médecins généralistes, ce n'est pas vrai pour les pontes de l'ABSyM.

Hormis les décisions de l'ABSyM, est-ce qu'il y a des freins légaux ou juridiques au partage de ces données accessibles sur le RSW?

Non, il y a des règles qui se mettent en place au niveau fédéral et régional. Au niveau fédéral, il y a un socle au niveau du réseau santé wallon, ensuite au niveau du RSW on a souvent avancé un peu plus vite qu'au niveau fédéral donc on a ouvert des droits d'accès à certaines professions plus vite que ce qui a été décidé au fédéral. Non il n'y a pas d'opposition de la médecine générale. A tant faire que dans le cadre des formations qu'on fait avec e-santé wallonie, cela fait plusieurs années que l'on forme au bon sumehr, avec les informations clés essentielles, par exemple l'insuffisance rénale pour le pharmacien. Pour l'instant, il n'y a rien qui puisse lui indiquer une indication ou qu'un problème existe quant à la délivrance d'un médicament, il ne sait pas le suzer de son pouce. Alors qu'il y a beaucoup de médicaments pour lesquels l'indication est claire, ce n'est pas vrai pour tout car certains médicaments ont plusieurs indications bien différentes.

Dans ces formations à l'e-santé, pour faire un sumehr de qualité, on explique au médecin, bon ce diagnostic d'insuffisance rénale il est dans vos diagnostics mais vous l'encodez une deuxième fois dans les facteurs de risques, qui sont accessibles au pharmacien. Donc le généraliste, de lui même fait l'effort de partager des informations qu'il considère comme pertinentes pour le pharmacien de ville. C'est en cours depuis des années. La mentalité à ce niveau a évolué et je ne pense pas qu'il y ait de gros problème de la part de la médecine générale wallonne. Il serait intéressant de poser la question aux médecins: est-ce que ça les dérange de partager telle ou telle type d'information avec le pharmacien. C'est un peu décevant de se dire, ben voilà, on bosse au niveau de la qualité en médecine générale pour faire des Sumehrs améliorés dans la vision du pharmacien, car encoder l'insuffisance rénale, ça permet d'éviter que des pharmaciens délivrent des anti-inflammatoires au patient sans contrôle et après de se retrouver avec des patients qui ont des insuffisances rénales et on se demande pourquoi. On est un peu déçu que les pharmaciens prennent une voie détournée et disent qu'on viendra voir les Sumehr d'ici deux ans, et en attendant on va toujours publier nos schémas de délivrance, c'est un peu tristounet.

Est-ce qu'il y a des logiciels pharmaciens qui ont intégré le RSW?

Non, justement, aucun n'a développé de passerelle à ce niveau pour aller voir le sumehr ou autre chose alors que ce n'est pas complexe à mettre en place. D'autant que souvent les boîtes de soft, je pense à corilus, ont des applications pour kiné, infirmière, médecins et que ces modules connectés au RSW existent déjà, ils l'ont déjà activé pour les kinés, ils vont le mettre en place alors pourquoi pas les activer pour les pharmaciens? Ce n'est pas faute d'avoir discuté avec eux, ça fait trois ans qu'on les rencontre régulièrement, mais il disent oui mais ce n'est

pas dans leur planning, ce n'est pas obligatoire, donc voilà. Pour les faire avancer, il faut des intérêts commerciaux ou politiques. Mais si c'est pas dans leur planning, on peut danser sur notre tête, ça n'avance pas.

Le schéma de médication partagé va être une structure indépendante du RSW?

Non, le fédéral aurait bien voulu que le schéma de médication VIDIS se retrouve dans une application fédérale, mais on a pas voulu, et les collègues flamands non plus, dans la mesure où on souhaite que les données de santé restent dans les coffres-forts, car on souhaite conserver le contrôle de ces données de santé. Les autorités fédérales ont des envies de contrôles qui sont excessifs et on se méfie de cela. Nous souhaitons tous au niveau des bases que les données restent dans des coffres-forts régionaux. Les développements se finalisent pour que les Sumehrs restent stockés dans les coffres-forts de chaque territoire. Si un patient flamand vient consulter un médecin wallon qui lui crée un sumehr, celui-ci sera stocké sur le coffres-forts de la Flandre vu qu'il y est domicilié. Et il n'y aura aucun problème pour un médecin wallon de le consulter, c'est l'interopérabilité. Ce sont des règles interrégionales qu'on a mis en place en accord avec les régions, et c'est la même chose pour le schéma de médication.

Le SMMP est contenu dans les coffres-forts régionaux, avec les mêmes mécaniques qui fonctionnent sur les trois coffres-forts. C'est Vitalink qui a été le tracker car ils ont été en avance. La mécanique est identique, le stockage est régional compte tenu de l'endroit de résidence du patient et donc ce n'est pas dans un coffre-fort fédéral que se retrouvent ces informations là dans la mesure où les coffres-forts régionaux remplissent le job de manière parfaite. Et donc l'articulation, le schéma VIDIS est et sera dans les coffres-forts régionaux.

A travers ces SMMP on pourra consulter les schémas de délivrance?

Normalement ce schéma VIDIS contient toutes ces informations, ce n'est pas une liste de produits, mais contient toute une série de lignes correspondant à un médicament, contenant le prescripteur premier, le responsable, l'indication (et c'est là que ça coince car indication égal diagnostic et c'est là que l'ABSyM dit qu'il n'est pas question de partager l'indication d'un produit avec les pharmaciens). La mécanique de VIDIS est extrêmement complexe d'ailleurs mais permet de régler toutes ces questions-là et voir ce qui a été initié par le généraliste, ajouté par le cardiologue, car le médicament ajouté par le cardiologue apparaîtra aussi, chaque fois qu'une variation de dosage de ce produit là, le modificateur mentionne le motif pour lequel la dose est modifiée; les raisons de l'interruption d'un médicament seront modifiées également. Par exemple, il faut interrompre un traitement anticoagulant chez le dentiste, ce sera mentionné à l'initiative du dentiste de telle date à telle date. Seront également présents les produits que le pharmacien délivre au compteur, les produits OTC (en vente libre) qui sont à ce moment là comme prescripteur responsable le pharmacien et la raison pour laquelle il l'a proposé au patient. On aura quelque chose de très complet. Le

schéma de médication sera consultable pour tous les pharmaciens, médecins, infirmiers et également le patient, au travers du logiciel métier, ou au travers du RSW. C'est déjà dans les critères de 2020, c'est déjà fait par healthone et corilus, mais les autres sont toujours en cours. Normalement ils devraient finaliser d'ici la fin de l'année car cela fait partie des critères de labellisation.

Au niveau des logiciels métiers pharmaciens, est-ce qu'il ont déjà intégré le schéma de médication partagé?

Non, il n'y a pas de labellisation des logiciels de pharmacie. Il n'y a pas cette carotte qui pourrait être utilisée comme le fédéral le souhaiterait pour faire évoluer les logiciels des pharmacies. Ils temporisent le besoin de produire cela avec leur DPP en ligne puisque le seul besoin du logiciel métier du pharmacien serait de le référencer. A la limite qu'ils le référencent en pdf que ce serait bon. Après, on espère que ce sera assez vite structuré également, mais bon c'est pas une obligation. L'étape intermédiaire est qu'il proposent, et ce serait déjà très bien, si moi en temps que généraliste je pouvais avoir dans mon logiciel une petite fenêtre avec la liste des produits que le pharmacien a délivré au patient au travers du hub dpp.

Est-ce que VIDIS et DPP ce n'est pas un double emploi?

C'est clair qu'en créant ce circuit particulier du DPP qui publie de manière anachronique, cela ralentit le développement de VIDIS. On espère qu'ils vont développer quelque chose qui s'intègre dans VIDIS, on verra bien l'année prochaine. Il faut toujours considérer les développements des logiciels dans les six mois, on publie des normes et on laisse six mois aux boîtes de soft pour faire les développements. Ici je ne pense pas que les définitions sont réellement faites de ce qu'il faudra faire pour les pharmaciens donc il faudra se montrer patient et on aura pas quelque chose d'aussi riche qu'on ne souhaiterait avant 2022.

Est-ce qu'il pourrait y avoir dans le registre de vaccination du RSW, l'historique de délivrance des vaccins dans les pharmacies?

Je ne sais pas si ça va se retrouver. Il y a un truc qui a évolué très vite, les entités fédérales et régionales se sont mises d'accord pour qu'on dispose d'une manière ou d'une autre pour le vaccin COVID 19 d'un cadastre complet des administrations, pas des délivrances, car est-ce qu'elle va se délivrer par les pharmaciens d'officine ou par l'hôpital? Donc quelque part ne passer que par les pharmacies de ville sera insuffisant. Si on se rapporte à la vaccination H1N1 il y a 10 ans, on ne disposait pas de doses individuelles mais de flacons de dix doses que le pharmacien de ville répartissait en dix doses individuelles. Ici ce qui va être obligatoire, et qui est en discussion pour le moment, c'est que de nouveau dans les coffres-forts on dispose des données de vaccination, pas de délivrance mais de vaccination. Il pourrait y avoir des villages de vaccination, à l'image des villages de frottis, je pense qu'on aura pas réellement une vision facile de délivrance. Quelque part ce n'est peut-être pas ça le plus important, le plus important c'est

qui s'est fait réellement vacciner. Du coup, une fois qu'on met ce genre de mécanique à disposition pour le covid, on peut l'étendre à d'autres vaccinations. Il est déjà prévu la méthodologie pour tous les patients wallons, que ce genre d'information puisse être collecté, et accessible au patient lui-même, sans qu'il ait donné son consentement aux partages des données de santé. C'est un peu comme les test PCR pour le moment, un patient qui n'est pas inscrit au RSW peut malgré tout aller voir les résultats sur le RSW sans que ce soit partageable avec les autres prestataires. On a élargi le champ de vision, c'est de permettre au patient lui-même de disposer d'un espace aux données sécurisées auquel il peut accéder.

Les enfants peuvent-ils consulter également leurs résultats de tests sur le réseau santé wallon?

Le truc, on ne s'était pas rendu compte, mais tous les enfants qui disposent une carte d'identité à puce, eux ou leurs parents peuvent aller voir leur résultat, mais pas l'ISI +, il faut véritablement la carte d'identité, ils peuvent le demander à la commune à n'importe quel âge. Il y a besoin d'une méthode d'identification forte de la personne, soit avec ltsme soit avec une carte à puce. Et donc uniquement pour les tests covid ou dans le futur pour les vaccinations, ce sera consultable par le patient ou le parent.

Et on pourrait envisager de consulter les résultats des enfants via la carte d'identité des parents?

Oui mais ça demande un besoin de mandats, je suis le parent responsable de untel. Mais pour le moment ça ne fonctionne pas. Alors j'ai pas investigué le tout du pourquoi, on pourrait imaginer un système comme tax-on-web où on donne le mandat à quelqu'un pour aller consulter. Donc ça il est prévu, ou c'est en cours, de faire un dérivé de cela, mais ce n'est pas encore en cours. Le registre national contient des informations sur qui est le parent, mais ce n'est pas encore consultable. En attendant, on met en place des systèmes pour permettre au jour d'aujourd'hui pour que les résultats soient accessibles par les parents. Peut être que plus tard on aura les autorisations pour que l'on puisse consulter ces informations sur le registre national, et qu'on aura mis en place les mécaniques de gestion des droits d'accès, il n'y aura plus de problème.

Est-ce qu'on aura toujours besoin du numéro de carte d'identité pour accéder au RSW ou on pourrait y avoir accès avec juste le registre national?

Attention, le registre national on y a pas accès comme ça. Dans certaines finalités, on peut y accéder. Les hôpitaux y ont accès pour vérifier les données patient. Les logiciels métiers on peut maintenant faire une recherche sur le registre national pour certaines informations pas pour tout. On a pas encore ces informations pour disposer de la parentalité. C'est à l'étude, c'est un chantier en cours en plus du covid, en plus de la vaccination. Je sais pas te répondre par rapport à ça. Il faut savoir que disposer du numéro de carte d'identité a une autre finalité, il a la finalité qu'à un moment le patient t'a donné sa carte d'identité et a été proche de toi, ce qui prouve qu'il te fait confiance et qu'il y a un lien thérapeutique. Donc oui,

c'est possible, mais si je n'ai pas de lien thérapeutique, je ne peux pas voir quelque chose. La preuve du lien, c'est qu'à un moment le patient t'a tendu sa carte d'identité, soit tu le lis, soit tu le mets dans un lecteur de carte. Peut-être que demain on aura plus besoin de ça et que ça fonctionnera avec un QR code que le patient tend. Mais on entend tout de suite la fracture numérique, que tout le monde ne dispose pas nécessairement de smartphone.

Il y a des choses que je ne comprends pas comme la méfiance de l'ABSyM par rapport au fait de donner accès au pharmacien à l'intention pour laquelle on prescrit un produit, ça fait un peu vieillot, combat d'arrière garde. Dans les discussions, il y a le factuel et le politique. Il est clair que le combat est déjà entamé pour 2022. Avoir des thématiques sur lesquelles ils peuvent se positionner, cela a probablement un sens factuel différent du sens auquel tu réfléchis ou je réfléchis. Il y a probablement un agenda caché là derrière. Ils amènent des arguments démagogiques en disant qu'alors c'est donner à tous les soignants l'ensemble du dossier médical. Ce n'est pas de cela dont on parle, on parle de l'intention de produire tel produit, et uniquement pour le pharmacien.

La messagerie instantanée, il y a quelque chose comme ça. Dans recip-e, quand je prescris quelque chose et que ça arrive chez le pharmacien, celui-ci dispose d'un canal pour renvoyer une information vers le prescripteur, mais ce n'est presque pas utilisé. Le système de messagerie, c'est la raison d'être du journal, dans le contexte vidis, on parle du journal comme un indispensable pour faire la communication entre les lignes. Le rôle actuel de l'infirmière, elle ne peut pas arrêter le traitement, mais elle peut mettre dans le journal du patient sur le RSW, mettre une note du style, le patient devrait arrêter car il fait une réaction allergique. Il y a une application RSW qui est en train d'être développée qui va permettre la gestion de ces alertes, entre prestataires de soins, potentiellement entre médecins ou entre médecins et pharmaciens. Les alertes doivent aller à la personne à qui tu veux le faire accéder. La gestion des alertes c'est la même chose que les réseaux sociaux, si il y a beaucoup de personnes, cela risque d'engendrer beaucoup de notifications, il faut pouvoir avoir "l'alerte" sans être noyé par le nombre de notifications, sinon on risque de rejeter ce système.

Le pharmacien d'officine, il a accès au sumehr comme les infirmiers et dentistes, c'est-à-dire à la liste des médicaments, aux allergies à la liste des vaccinations, il n'a pas accès à la liste des maladies et aux antécédents.

Interview VIDIS Jeroen De Wilde et Goedeke Reynders

On a demandé de pouvoir partager le DPP et le partager avec l'équipe de soins, infirmiers, médecins généralistes et hospitaliers. Les pharmaciens aussi ont besoin de l'indication, des antécédents pour pouvoir faire mieux leur boulot, le but n'est pas de reprendre le dossier mais d'améliorer la qualité du travail en vue d'augmenter la qualité de soins pour le patient, c'est ça qui lie les deux. Tout le monde veut que les soins envers le patient soient le meilleur possible.

VIDIS est un outil qui veut mettre à disposition l'information qui existe dans différentes sources authentiques, il y a le schéma de médication sur le coffre-fort, tout le monde aurait le droit d'écriture, pharmaciens, médecins, sage femme. Tout le monde qui modifierait le schéma de modification modifierait également celui-ci pour chaque autre praticien, offrant ainsi la dernière version, la plus à jour, du schéma. Le patient n'a pas le droit de le modifier mais bien de le visualiser.

Et donc, VIDIS veut rassembler les différentes sources authentiques, c'est-à-dire le schéma de médication, les journaux dans le coffre-fort, le DPP, les prescriptions ouvertes et à terme les remboursements et chapitre IV. Tout ça devrait être visible dans un écran, virtuellement mis ensemble indépendamment du fait que ces systèmes soient régulés par des systèmes différents. Pour l'instant le schéma de médication c'est seulement le médecin et le pharmacien ; le DPP c'est uniquement le pharmacien ; mais tout ça on aimerait bien le mettre à disposition et que tout le monde puisse avoir les informations.

Dans VIDIS, il y aurait un historique des médicaments délivrés?

Oui, ce sera possible de le voir. C'est comme ça que c'est convenu, mais on négocie encore avec médecins et pharmaciens. VIDIS aurait alors un lien avec le DPP. Pour l'instant, on commence par une prescription, ensuite le médecin peut mettre à jour le schéma de médication. Plus tard, tout cela commencera directement au travers du schéma de médication, d'abord définir la ligne des traitements médicaments et puis ensuite prescrire. C'est une nouvelle façon de faire les prescriptions et délivrances.

Vidis pourrait être un des moyens pour échanger. En Flandre il y a plus d'autres systèmes de communication qu'en Wallonie, un peu comme whatsapp, Siilo. Helena aussi est un système de communication avec les prestataires de soins et les patients. Je sais que les schéma de médication ne sont pas autant déployés en Wallonie Bruxelles qu'en Flandre, 100 000 vs 1 million. La situation en Wallonie est que peu de médecins et pharmaciens connaissent ce système, car il n'y a pas d'obligation à l'utilisation ni à l'intégration de ces outils dans les logiciels (officiel et Careconnect Pharmacist).

Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins et pharmaciens dans le système actuel de prescription du médicament et quelles sont les attentes des professionnels de la santé ?

- Interopérabilité du schéma de médication partagé dans le coffre-fort
- Schéma de médication partagé dans le coffre-fort pas encore intégré ou déployé dans les logiciels des pharmaciens et/ou médecins (Wallonie et Bruxelles)
- Il n'y a pas encore assez de gens qui ont un schéma de médication (conséquence du point précédent) :



**Digitaal gegevens delen:
een must in Corona-tijden**



- > 1 miljoen schema's in Vlaanderen (5.000 nieuwe schema's /maand)
- 122.000 schema's in Wallonië
- 33.000 schema's in Brussel

LEVERANCIER	Corbis	ESM	HEMP	ICure			Spentis		ESM
PAKET	CareConnect	DECTAB	HEALTH ONE	TAKT	Medirect	Mediqueing	OMNIPRO	TOPAZ	WIPROEC
Is dit?									
Is het aangevraagd bij de Commissie nationale medisch-mutualisme voor de prime 2020 ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Is het aangevraagd bij de Commissie nationale medisch-mutualisme voor de prime 2021 ?	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non

Quelle solution apporte le schéma de médication partagé et quelle plus-value par rapport au schéma de médication?

- Si chacun remplit le schéma de médication partagé, cela devient la référence et la situation la plus actuelle de la prise de médicaments par le patient. Ceci implique une responsabilité partagée et la co-crédation de la situation médicamenteuse actuelle du patient.

Le SMMP inclut-il les médicaments prescrits mais également délivrés sans ordonnance? Oui, ça c'est l'idée, mais il faut que les pharmaciens prennent cela comme leur responsabilité et que leur logiciels soient intégrés avec RSW/RSB.

Quel va être l'impact du schéma de médication partagé sur la communication pharmaciens médecins? Pour l'instant le SMP est une photo et ne montre pas l'historique. Va-t-il permettre au pharmacien de connaître le diagnostic de prescription (indication de traitement)? Pour l'instant, remplir l'indication est optionnel pour le médecin. Dans la plupart des cas, cela n'est pas rempli. L'idée

pour le futur est que cela soit rempli systématiquement. Y-aura t-il un système de notification de changement de traitement? Cela existe déjà aujourd'hui. Y-aura t-il un système de notification d'abus médicamenteux / shopping médical? Pour l'instant, la vision de VIDIS WebApp est que la WebApp VIDIS visualise les données, et que les logiciels intègrent la WebApp dans leur logiciel et organisent eux-mêmes les notifications qu'ils veulent installer. Ceci peut évoluer dans le temps.

Quel va être le lien avec le dossier pharmaceutique partagé? Le contenu (l'historique des médicaments délivrés pendant les six derniers mois) sera visible dans VIDIS. Est-ce que le schéma de médication partagé va permettre aux médecins de consulter l'historique des médicaments délivrés? Si oui, est-ce que cet historique sera limité dans le temps? Est-ce qu'on pourrait imaginer de pouvoir retrouver une trace des vaccins délivrés et/ou prescrits par le passé? En Flandre, cela est déjà présent et consultable dans le site web MaSanté.be. À terme, on vise à intégrer cette information dans VIDIS.

Ce système est-il déployé partout en Belgique et opérationnel, c'est-à-dire tous les logiciels métiers pharmaciens médecins l'ont ils développé? Voir ci-haut. Est-ce que les infirmiers peuvent y avoir accès et comment, peuvent-ils modifier eux-même leur schéma? Voir les règles de matrice d'accès : ils peuvent lire le schéma mais pas modifier.

Le système VIDIS est-il un système à part entière ou fait-il partie des Hubs? Non, sauf s'ils mettent un lien direct vers la WebApp VIDIS. Est-ce un système qui requiert un consentement éclairé de la part du patient? VIDIS respecte le consentement éclairé : quand celle-ci est donnée, les données sont visibles pour les prestataires de soins qui ont un lien thérapeutique avec le patient.

Existe-t-il un système similaire à l'étranger? Des études ont elles été réalisées quant à la plus value d'un tel système? Oui.

Etes-vous confronté à des obstacles juridiques sur le partage des données de santé, quels sont les facteurs limitants? Quels organismes manifestent leur refus de coopérer à un tel système et pourquoi? Encore à investiguer plus en profondeur.

Qu'est ce qui pourrait favoriser l'utilisation du système VIDIS par les professionnels? Une crise comme COVID favorise tous les systèmes digitalisés. Mais aussi : si les problèmes d'interopérabilité sont résolus ou, comme prévu dans la phase 2 de VIDIS), si on développe un nouveau système qui est interoperable by design, on pourra favoriser l'utilisation.

Interview ABSyM Jacques de Toeuf

Quels dangers de la centralisation des données de santé?

Au niveau très général, au niveau du pays, centraliser en un seul donneur les data qui concernent la santé des citoyens comporte des risques puisqu'il n'y a plus personne qui ne doit se fatiguer à aller chercher des données un peu partout sur différents sites abritant des données, tous décentralisées. Un bon hacking et on a toutes les données disponibles pour tout le monde. Mais ça c'est une question générale, c'est une question de sécurité, de clé d'accès, de verrouillage, de passage de sécurité. Rien n'est étanche de façon certaine. Quand on a créé la plateforme ehealth, elle a été créée en 2008, 2009 améliorée version finale. Le choix qui a été fait, nous avons contribué à cela, a été de dire, on ne va jamais centraliser les données médicales, les données de santé d'un citoyen, on va les laisser dans les endroits où l'information médicale est générée. Le dossier médical des médecins, celui de l'hôpital, celui éventuellement du pharmacien pour autant qu'il y en ait un, qui n'est pas un dossier médical d'ailleurs, mais aussi des données sur l'incapacité, enfin toutes les données qui sont liées d'une façon ou d'une autre à la santé.

Ca c'est le choix qui a été fait au départ. Ce qu'on centralisait uniquement c'était le répertoire des lieux où des données sont hébergées, stockées, concernant un citoyen. Bien sûr, on a aussi créé des conditions de base, qui sont reprises maintenant dans le RGPD, qui sont: il faut que le patient autorise l'accès. Mais, qu'il fasse un consentement éclairé à ce que quelqu'un puisse accéder à ces données, et il faut que ce quelqu'un ait avec ce patient une relation thérapeutique. Formalisé par la lecture simultanée de sa carte d'identité et celle du prestataire. Dans l'hôpital c'est celle de l'hôpital puisque l'hôpital est à lui-même un cercle de confiance, de lui-même organiser l'étanchéité dans son domaine. Et donc maintenant, le consentement, il est opt-in: oui, j'accepte, moi malade, qu'on aille voir mes données. Pour que ce soit accessible, on a créé dans la plateforme ehealth le système des hubs et metahub donc la plateforme ehealth qui n'est jamais qu'un prestataire de service d'échange des données mais pas de stockage des données. On ne garde aucune donnée dans la plateforme ehealth. On dit simplement où elles sont et on connecte les gens entre-eux moyennant des autorisations. On a créé un système de hub metahub, la plateforme envoie la requête d'un médecin ou d'une infirmière: je voudrais savoir où est le dossier de machin pour autant que j'y ai accès. Le hub dit il y a un stockage de données dans tel réseau secondaire qui est le réseau, comme le réseau santé wallon en francophonie.

La deuxième étape à passer, et le réseau santé wallon pour prendre cet exemple là, va pouvoir dire il y a un dossier concernant ce patient à l'hôpital de Huy il y en a un autre à tel endroit, il y a le généraliste machin tous ces gens ont le dossier. Ce

problème là était résolu, ce qui n'était pas résolu comme problème c'était le fait que le généraliste son pc n'est pas ouvert tout le temps et quand il dort, l'outil est en dormance et donc on n'a plus accès, notamment pour les urgences. D'où la création des coffres-forts. Et les coffres-forts sont des hébergeurs centraux, et il y en a quand même plusieurs et il y a deux étages, il y a le coffre-fort personnel du malade, ça c'est un, et deux il y a des coffres-forts qui permettent l'échange entre les différents métiers prestataires, c'est vitalink en Flandre, c'est brusafe qui dépend de abrumet à Bruxelles et c'est le Réseau Santé Wallon avec la fratem en Wallonie. Et donc cette requête passe par eux et ouvre accès aux données qui sont stockées dans les coffres-forts.

Qu'est-ce qu'on stocke dans les coffres-forts? Jamais toutes les données des patients. On y stocke uniquement les données pharmaceutiques, et le Sumehr, qui est le résumé du dossier médical du généraliste. Et quand quelqu'un souhaite accéder, il se connecte au coffre fort, il dit voilà le malade est d'accord que j'aie voir, on lui ouvre le Sumehr. Ca c'est le système. Le Sumehr n'est pas le dossier complet, c'est un résumé fait par le médecin qui reprend les éléments qu'il estime pertinents. Il y a des rubriques, c'est structuré, et voilà, ça c'est le système tel qu'il existe aujourd'hui. Ça veut dire que les données sont accessibles moyennant un certain nombre de barrières de sécurité. Que ce soit bon ou pas bon. Donc ça c'est le cadre dans lequel on vit. La demande devient très pressante depuis 2 ans de la part de toutes les professions de santé non médicales d'avoir accès aux données médicales des dossiers médicaux des patients, les infirmiers demandent ça, les kinés demandent ça, les accoucheuses demandent ça, on pourrait voir demain les technologues demander ça. Tout le monde demande, y compris les pharmaciens. Et là, nous on veut être très restrictif.

Il y a au sein d'ehealth un comité permanent créé par la loi qui s'appelle le comité des utilisateurs, il reprend toutes les personnes qui ont intérêt à donner leur avis et essayer de piloter cette gestion de l'infrastructure et des connexions entre les différents intervenants. Dans ce groupe des utilisateurs, il y a un groupe de travail architecture, qui s'occupe des constructions, qui s'occupe aussi des applications, et des API, des connexions web univoques. Et un groupe de travail accès, et dans le groupe de travail accès on discute des conditions et des limitations éventuelles à apporter au système de la consultation par un tiers des données santé du patient. Dans ce groupe accès, il y a le patient qui a accès à son dossier, qui a le droit à ajouter des éléments mais pas en supprimer, et puis il y a les médecins qui ont accès à tout, et puis il y a toute une série de prestataires qui ont accès ou pas. Accès à quoi? Je peux vous envoyer le tableau, ce n'est pas un grand secret. Dans les colonnes du tableau, vous avez sur les actions *inaudible* Ce sont les différentes professions et sur les colonnes verticales ce sont les différents domaines d'intérêt. Donc il y a le sumehr, les antécédents allergiques, familiaux, il y a les résultats de laboratoires, les protocoles et les imageries de radiologie, il y a les lettres de sortie de patient. Le sumehr est décliné en plusieurs sous rubriques selon son contenu, structurelles, structurées, normées, de présentation

inaudible une boîte n'est pas l'autre. Tout ça fait l'objet de débats pour savoir qui à accès à ça.

Qui composent ces décideurs d'accès?

Le comité des utilisateurs, ça représente tous les gens qui ont un intérêt à avoir un accès. C'est toutes les professions des soins de santé, que ce soit les techniciens, les fournisseurs de prothèses ou d'implants, les pharmaciens, les infirmières, les accoucheuses.

Au travers de leurs syndicats?

Oui, en fait plutôt au travers de leurs représentations à l'INAMI. Ils sont tous membres partis effectifs du comité de l'assurance maladie invalidité. Ils siègent tous dans l'instance qui définit les budgets dans chacun des secteurs de l'assurance maladie. Donc ils ont des gens qui sont présents, ils ont effectivement des syndicats ou des associations qui les représentent. Les mutuelles sont dedans aussi. Dans ce comité des utilisateurs. Puisqu' ils manipulent des données de santé.

Existe-t-il des freins juridiques au partage de données entre prestataires de soins ou tout se décide à ce moment-là?

Ce groupe de travail accès, il fois qu'il a déminé le terrain, la décision revient au comité des utilisateurs qui est créé par la loi. Le comité des utilisateurs qui reprend par définition toutes les professions concernées qui ne vont pas toutes dans le groupe d'accès car elles ne sont pas toutes intéressées, prend une décision. Ça doit être validé par le comité de gestion de la plateforme ehealth qui compte 25 membres environ où sont représentés les ministres fédéraux, régionaux, et communautaires, où sont représentés l'INAMI et la santé publique, et alors certaines professions, les médecins, les pharmaciens, les infirmiers, les budgets. Et c'est ce comité de gestion qui prend la décision finale.

Et qui sont les représentants des médecins au sein du comité de gestion?

Il y a un représentant de l'ABSyM et un représentant du GBO-Cartel pour l'instant. Le Cartel c'est un autre syndicat de médecins en Belgique.

Est-ce que le système actuel de consentement éclairé est efficace?

Sur papier c'est magnifique, on a fait un travail qui est très consistant là dessus. Il y a donc un petit bouquin qui dit comment, pourquoi, qui, qui recueille, qui vérifie, quels sont les contrôles. Ça c'est sur papier, dans les faits on se rend compte évidemment que le consentement éclairé du patient, c'est à dire moi patient j'accepte qu'on accède à mes données, il est recueilli lors d'un contact avec un malade, mais il peut être recueilli et activé aussi bien par un médecin

individuel dans son cabinet, aussi bien par un hôpital ou par les mutualités. On se rend évidemment compte que l'explication détaillée sur la nature et le contenu du consentement que le patient va donner, elle est mal donnée ou elle n'est pas donnée, c'est plus une formalité qu'une réalité. C'est la nature des choses donc. Enfin il donne formellement son consentement. Moi quand j'ai été chez mon généraliste, il m'a demandé si j'acceptais que mes données soient échangées.

Mais ce n'est pas le cas de tout le monde dans les faits?

Si c'est le cas de tout le monde, quand on me demande, est-ce que vous voulez bien partager vos données médicales, c'est pour votre bien, et que votre dossier sera accessible moyennant des garanties, et qu'on se contente de dire ça et que le malade dit oui, on dit ok le malade a dit oui après avoir reçu l'information. De fait, l'information qu'il a reçue est très parcellaire ou il n'y a pas beaucoup de contenu. Mais il faut aussi reconnaître qu'on a pas beaucoup le temps sur une consultation de commencer à expliquer tout le système, et que si chaque médecin devait expliquer ce système, d'abord il ne pourrait pas car il n'a pas les connaissances pour et puis ça lui prend un temps ingérable.

Et qu'est-ce que vous pensez des coffres-forts individuels à la place des coffres-forts non régionalisés?

Les coffres-forts individuels c'est une bonne chose, cela permet de centraliser tout ce qui concerne la santé, il n'y a pas que ça. Il y a aussi la ebox citoyen, qui n'est pas la ehealthbox, dans laquelle on reçoit les documents fiscaux, les impôts, la sécu, n'importe, tout peut rentrer là dedans. C'était la volonté de la ministre précédente, elle n'avait pas tort d'ailleurs, de faciliter la virtualisation des échanges de toute une série de données et pas seulement des données de santé, enfin elle était concernée dans la santé, elle prenait comme exemple le modèle finlandais. Et donc c'était là qu'elle voulait aller, elle avait tout un plan stratégique là dessus, qui est complexe, avance tout doucement et se met en place.

Un système individuel permet d'obtenir des banques de données à analyser?

La ehealthbox individuelle, elle n'est accessible que par le patient. Moi je ne peux pas aller la consulter, c'est son domaine réservé. Mais le patient peut partager tout ce qu'il veut bien sûr. On ne peut pas avoir accès moyennant des dispositifs automatiques de barrières qui se lèvent pour rentrer dedans, c'est le malade lui-même qui doit dire, moi je vous exporte les données qui sont là dedans, ou une partie, je vous les envoie à votre ehealthbox ou à votre identifiant de médecin ou de pharmacien de tout ce qu'on veut.

Et ça c'est la politique actuelle vers laquelle on va?

Ca c'est depuis le début. Ce qui a été dit, c'est que les données médicales ou les données de santé n'appartiennent ni au médecin, ni à l'hôpital ni à qui que ce soit, il est dépositaire d'un dossier qu'il doit constituer. L'appartenance des

données c'est le malade, c'est le citoyen. Donc c'est le citoyen qui en fait ce qu'il veut.

Pourquoi les organismes pharmaceutiques refusent-ils de partager le DPP?

Effectivement, maintenant qu'on a posé le cadre, on en vient à l'histoire des pharmaciens. Les pharmaciens sont confrontés depuis quelques années à des questions existentielles sur leur métier. Il faut savoir que les revenus d'une pharmacie, c'est en partie le rôle du pharmacien par rapport au médicament remboursé, il reçoit des bouts de forfait à gauche à droite, mais surtout une rémunération qui est la marge de vente du produit. Chaque fois qu'il vend un produit remboursé il a un pourcentage du prix mais plafonné pour se payer lui, c'est sa prestation intellectuelle, ça comporte tout ce qu'il est tenu de faire comme contrôle, comme évaluation. Lui expliquer qu'il doit bien le prendre, quand c'est un médicament, avec des effets secondaires, l'avertir. Enfin tout ça est prévu et fait partie de la rémunération du pharmacien.

La deuxième partie, c'est évidemment la vente de tout ce qu'on appelle la parapharmacie, ça va des crèmes de beauté aux trucs homéopathie, les trucs anti-âge, anti-stress, anti tout ce qu'on veut, qui sont en vente libre, et qu'ils vendent aussi dans leur pharmacie. Comme il y a trop de pharmacies en Belgique, c'est leur seule façon de faire de la marge et de pouvoir vivre. Depuis quelques années, on voit arriver sur le marché, d'autres acteurs qui vendent de la parapharmacie, aussi des compresses, des alcools, désinfectants, vous trouvez des rayons entiers dans les grand-magasins dans les grandes surfaces. Et vous avez maintenant, depuis 3-4 ans, qui sont des gros groupes qui investissent medimarket et des machins comme ça, qui sont des groupes qui vendent à bas prix car ils ont un gros pouvoir d'achat, les mêmes produits que ceux qu'on trouve dans les pharmacies. Sauf ceux là où les pharmacies ont acquis avec les fournisseurs un accord d'exclusivité, par exemple vous ne trouverez pas chez medi market des produits venant de Laroche Posay parce que ça c'est des *inaudible* chez qui les pharmaciens faisait du commerce de *inaudible*.

Leurs recettes et leurs métiers sont menacés et donc ils ont pris la décision d'inclure dans leur paquet de rémunération ce qu'ils ont appelé le conseil pharmaceutique, donc c'est donner au malade des conseils plus personnalisés sur blablabla, ont introduit dans ce conseil pharmaceutique la possibilité de conseiller ce patient, le patient vient les voir à l'officine en disant style je tousse beaucoup, bah j'ai un truc pour la toux et je vous explique comment ça marche, ils se sont fait des petites formations crash pour aller un petit peu dans l'interrogatoire, est-ce que c'est une toux sèche, est-ce que c'est irritant, est-ce qu'il y a des crachats blabla. Et puis ils vendent leurs trucs qui ne sont pas du remboursable vu qu'il n'y a pas de prescription. Donc ça c'est *inaudible* de conseil.

Et de là on les voit de plus en plus vouloir prendre une place qui est en partie celle occupée par les généralistes. D'où les réticences, puisqu'ils ont aussi pour ambition de créer dans leurs pharmacies, physiquement je ne sais pas où ils le feront, un espace plus confidentiel mais pour interroger les gens. Ils demandent pour l'instant de pouvoir vacciner les patients. Ils ont demandé à pouvoir faire il y a quelques mois les dépistages de diabète, et puis des dépistages de ceci et de cela, tout ça au nom de la contribution à une meilleure santé publique. Donc ça c'est l'arrière-fond qui est derrière tout ce qu'on demande.

Bon maintenant, je viens au partage des données pharmaceutiques. Dans cette optique là, les pharmaciens, c'est de Flandre que tout cela est parti, ont développé ce qu'ils ont appelé le dossier pharmaceutique partagé. C'est quoi le DPP, c'est en fait la centralisation virtuelle dans des serveurs de l'entièreté des médicaments qui sont délivrés au malade. Il y a le médicament prescrit, puis quand il va à la pharmacie, le patient il dit moi je ne veux pas avoir tout parce que je ne sais pas le payer, je n'ai pas confiance, n'importe. Donc ce que le pharmacien délivre n'est pas toujours ce qui a été prescrit. D'autant plus que parfois rupture de stock, il substitue un médicament à un autre, donc il y a une différence entre ce qui a été prescrit et ce qui est délivré. Pour avoir un certain nombre de garanties, de non cumul de médicaments incompatibles ou à effets secondaires multiplicatifs, ils ont créé une base de données centralisant tous les médicaments pris par un malade. Donc tout l'historique du médicament s'y trouve, mais pas l'historique à 10 ans hein, donc c'est finalement ce que le patient prend réellement, et pas ce qu'il a pris il y a 10 ans. Mais ils ont enrichi cette base de données en y mettant non seulement le remboursable, c'est la première chose qu'ils ont faite. Mais ils y ont ajouté, ou ils ont pour ambition d'y ajouter le non remboursable, donc ce qui est en vente libre, over the counter.

Donc ça, c'est une base de données. Ils ont créé cela entre pharmaciens. Tous les pharmaciens ne sont pas encore affiliés, et pour pouvoir y accéder, il faut que le pharmacien ait été désigné par le malade comme étant son pharmacien de référence. Ils ont créé ça à peu près il y a un an, et il y a un honoraire de création de dossier pour être pharmacien de référence qui est de 30€. Donc l'INAMI paie le pharmacien 30euro chaque fois qu'il ouvre un dossier de pharmacien de référence pour un citoyen. Vous allez chez le médecin généraliste pour une consultation, vous ne l'avez jamais vu, il dit voilà j'ouvre le dossier du malade, la première consultation vous la payez aussi 27€ ou un truc comme ça. La différence c'est que vous payez la consultation à chaque fois, et ici c'est l'équivalent d'une inscription qui est payée une fois. Je pense que c'est renouvelé tous les ans, mais je ne suis pas sûr, je crois bien que oui.

Donc ça, c'est le pharmacien de référence. Pourquoi? Parce que les malades vont souvent chez le même pharmacien, et puis de tant en tant ils vont chez le pharmacien de garde, ou ils sortent de leur boulot ils ont oublié ils vont chez un autre, et donc il se pouvait que des malades prennent des médicaments dans une pharmacie qui diffèrent de ceux d'une autre. Et parfois dont les effets

secondaires se multiplient, et donc il y avait un risque évident qui existe. Donc, ils ont créé cette base de données DPP mais qui est entre pharmaciens. Ça veut dire que quand un malade va dans une officine chercher un médicament, le pharmacien peut ouvrir le DPP, il voit tout ce que le malade prend, il compare avec ce qui est prescrit et il dit oh mais attendez, ça c'est pas compatible. Ça c'est la philosophie du système. Après ça, arrive alors l'inter passage avec les prescripteurs dont les médecins. Les pharmaciens disent, donc le projet VIDIS c'est ça, c'est de créer le dossier individuel du malade, et ce DPP, le malade y accède ou qu'il reçoive un dossier pharmaceutique du malade qui soit mis à sa disposition et qu'il l'aie chez lui. Ça c'est le but du jeu, ça c'est la phase 1 de ce qui se met en place maintenant au travers du projet VIDIS qui est simplement l'acronyme pour Virtual Integrated Drug Information System. Alors ils ont dit dans leur plan, la phase 2 sera d'ouvrir l'accès à ce DPP qui est l'équivalent d'un Sumehr pour les pharmaciens pour les médicaments. Nous on trouve qu'il serait assez logique de l'ouvrir au médecin prescripteur, comme ça ils auraient un accès direct et sauraient consulter au départ de leurs DMI généralistes d'un clic ils entrent dans la base de données des médicaments et voient tout ce que le malade prend. Pour avoir accès à ça, vous devez faire la preuve d'un lien thérapeutique, ça ne peut se faire que par la plateforme ehealth. Pour entrer dans la plateforme et chercher des données vous devez être identifiés et vous devez avoir le consentement du malade, donc la cascade est là.

Et ils ont accepté de partager les données du DPP?

Non alors c'est ça, donc les pharmaciens proposent de donner l'accès, mais en échange de cela, ils veulent que le médecin leur donne l'indication pour laquelle il a prescrit le médicament.

A chaque fois que le médecin prescrit un médicament?

Oui. Ce n'est pas uniquement quand le médecin veut aller consulter la base de données, ils demandent que pour qu'elle soit bien constituée, et ça c'est leur schéma de médication. Le DPP c'est entre pharmaciens. Ils publient un schéma de médication qui est les médications du malade, dans lesquelles rentrent toutes les prescriptions du médecin, de la sage femme, du dentiste, des antibiotiques, des antidouleurs, et tout cela rentre dans le schéma de médication de chaque citoyen qui est son dossier individuel du médicament. Et ils disent, on vous demande de rentrer ces données là, mais si vous voulez voir la lecture des médicaments que le patient prend et qui sont dans notre base de données, vous devez associer à votre prescription de médicament une ligne disant pourquoi vous l'avez prescrit.

Alors effectivement, vous prescrivez un antibiotique, ça peut être pour une infection urinaire ou bronchique. Vous prescrivez un bêta-bloquant, ça peut être pour de l'hypertension, ça peut être pour de l'insuffisance cardiaque, ça peut être pour un état post-infarctus. Ils demandent une indication.

Est-ce que vous estimez que ça ait de l'intérêt ou que ce soit risqué et pourquoi?

Alors nous on ne veut pas ça. Pour plusieurs raisons. Un, on ne voit pas bien ce qu'ils veulent en faire d'un point de vue de plus value médicale. Parce que jusqu'à nouvel ordre, ils ne savent pas ce que c'est de faire la différence entre une insuffisance cardiaque congestive ou restrictive. Donc ce n'est pas leur métier, comme le nôtre ce n'est pas non plus de pouvoir définir toutes les incompatibilités et autres trucs, ça c'est le domaine de la pharmacie.

Donc pour nous, ils ne sont pas, de par leur formation, compétents pour interpréter un diagnostic. Deux, avoir le diagnostic lié à une prescription, ce qui peut paraître anodin, mais il y a toute une série de prescriptions qui sont faites, ou de médicaments qui sont prescrits hors indication officielle. Ça a existé de tout temps, on a commencé à prescrire des bêta-bloquants pour l'insuffisance cardiaque, je parle d'il y a 20 ans, à un moment où les bêta-bloquants n'étaient pas reconnus par l'autorité publique comme étant utilisables dans l'insuffisance cardiaque. On ne pouvait le prescrire que dans l'hypertension. Donc, il y a des raisons multiples, bonnes ou mauvaises, pour sortir de l'indication. Des injections intra maculaires pour les dégénérescences maculaires il y a des produits différents, il n'y en a qu'un seul reconnu, on peut dire bah je vais sortir de l'indication. Donc une deuxième raison, c'est que les médecins n'avaient pas envie qu'au départ de ces indications rassemblées le pharmacien puisse dire ah mais il y a toute une série de prescriptions hors indication, ça je ne délivre pas. On a été confronté au cas avec des médicaments style bronchospasme ou autre où l'indication, c'est l'asthme et ça il y a un remboursement particulier, mais c'est aussi la BPCO, qui n'est pas la même chose, et le pharmacien n'a pas voulu délivrer le médicament parce que ce n'était pas pour de l'asthme.

Et il a le droit de refuser ça ?

Ha oui. Donc ça c'est quand même plus complexe déjà.

Troisième chose, on le sait parce que ça nous a été confié, c'est que disposant dans une base de donnée à la fois du médicament et de la raison de la prescription, ces données là, même anonymisées, ça devient une mine d'or pour rendre aux firmes pharmaceutiques ou à ce qui s'appelait avant IMS qui s'appelle maintenant IQVIA, enfin je ne sais plus l'acronyme, qui est une multinationale qui rassemble toutes les données des grossistes répartiteurs et des pharmaciens pour savoir ce qui est délivré. Comme ça ils ont des cartes géographiques de délivrance, ils ont même via ce système là, les identifications des prescripteurs et ils savent qui il faut cibler pour aller trouver des trucs. Si on y ajoute en plus l'indication, ça devient une mine d'or colossale et nous on dit qu'on ne veut pas commercialiser les soins de santé, ou les données des soins de santé.

Voilà, donc pour résumé on parle du contrôle du pharmacien sur la prescription ce qui ne veut pas dire qu'on apprécie pas, que du contraire, que le pharmacien prenne contact avec le médecin quand il y a une prescription incompatible. Le

DPP démontre que le gars prend 3 sortes de bêta-bloquant différents, ou quatre sorte de broncho-dilatateurs différents et qu'il ne fait pas attention, ou qu'il cumule les anti-acide et les IPP, bah ok mais il est bon qu'on le sache.

Et quels seraient les moyens de communication les plus indiqués pour ces échanges?

Bah écoutez, honnêtement, ce n'est quand même pas très compliqué de prendre son téléphone. Parce que dès qu'on part dans les réseaux, ça devient accessible à plein gens. Ca se faisait comme ça jadis, on peut prendre une application mobile téléphonique en disant contactez-moi il y a un problème, ce n'est pas très compliqué à faire. Pour éviter ce type de difficulté de contact là, on crée un système qui est théoriquement étanche, mais n'importe qui de très malin pour moi peut rentrer dedans, et donc il faut faire très attention à tout ça.

Il y a aussi des aspects relationnels, quand vous avez prescrit un médicament à un malade, et puis que le pharmacien dans son officine dit ha mais ce n'est pas celui-là qu'il fallait vous donner c'était l'autre, ça ça ne va plus, ça devient quand même délicat.

D'autant qu'il y a une phase 3 qui est prévue, que le pharmacien se donnerait le droit, de renouveler les prescriptions, les médicaments prescrits pendant une durée d'un an. Sauf si le médecin les a interrompues, sans qu'il faille un contact médical entre le médecin et le patient pour juger de la pertinence de la prolongation. C'est quand même délicat.

Le droit de substitution, il y a du bon et du mauvais. Ils se réservent aussi le droit en cas de rupture de stock de fournir un autre, ça on peut bien comprendre, mais qu'ils se réservent le droit de substituer un médicament d'une firme quelconque par un générique, ça peut poser des problèmes d'effets secondaires indubitablement. Il y a quand même deux exemples classiques qui est historique là-dedans, le premier il y a 20 ans déjà c'est la ciclosporine c'est un médicament qu'on donnait à l'époque comme médicament anti-rejet dans les greffes rénales pour les gens qui étaient greffés du rein, la ciclosporine est elle-même néphrotoxique et elle a évidemment, comme beaucoup de protéines deux versions racémiques une version L et une version D. Seule une des deux est efficace. Le médicament de la firme originelle était un mélange des deux, le médicament générique était uniquement du L, en substituant l'original par la copie, on donnait en fait deux fois plus de molécules actives. Il était délivré, mais comme personne n'en savait rien, il y a un nombre de malades dont le rein greffé est foutu parce qu'ils ont pris une ciclosporine dont la dose est double. C'est assez rigolo. On a eu la même chose avec des anti-acide, c'était la ranitidine à l'époque je crois, qui ont aussi le racémique qui était dans le générique, l'inverse de la ciclosporine, il y a aussi des gens qui ont été shifté croyant prendre le même médicament ont continué, et on vu apparaître des gastrites érosives. Donc la substitution à l'aveugle, ce n'est pas si simple. Nous on trouve que là il ne faut

aussi pas généraliser la politique de substitution de remplacement. Et eux, leur placement c'est on remplace ce qu'on veut par ce qu'on veut. Bon.

Donc tout ça c'est allé trop loin, on a dit on ne veut pas faire ce partage obligatoire de l'indication pour l'accès au schéma de médication.

Pensez-vous que les médecins sont plutôt réfractaires au partage de l'indication?

Ben alors c'est très amusant, parce que dans les organisations syndicales, nous on a fait marquer notre opposition à cela. Le syndicat du Cartel, en tout cas sa partie francophone du GBO, bouche tout à fait à ce qu'on fasse cela, à ce qu'on donne les indications, qu'on y aille. Le partage c'est la meilleure des choses, la multidisciplinarité, tout le monde fait tout dans une organisation commune où chacun travaille ensemble avec les autres pour le bien du malade, ça c'est très joli, ça fait très carte postale ou martine va à l'école. Mais ce n'est pas satisfaisant. Donc c'est effectivement un problème. Et là, on en est pas encore sorti, car c'est bien que les organisations se prononcent mais il faut aussi quelle est l'opinion des personnes. Nous avons interrogé des généralistes dans des cercles de médecins généralistes, nous avons interrogé les généralistes qui sont rassemblés dans des coupoles de cercles notamment le forum des généralistes wallons, et la FAMGB qui est la fédération des généralistes de Bruxelles. Et ces médecins-là nous ont dit aussi qu'il n'est pas question d'être obligé de transmettre l'indication. Ce sont des contacts qu'on a pris depuis 3-4 ans avec des gens d'un peu partout dans le pays, on a pas fait un sondage, on a pas l'argent pour payer des instituts qui vont retenir les opinions sur un modèle structuré et statistiquement valable. C'est de la récolte de cas quoi.

VIDIS, DPP, ça ne ferait pas double emploi?

Hé bien c'est la même chose. Le DPP c'est la partie de l'outil qui est entre les pharmaciens, et le schéma de médication ce sont les données qui sont rassemblées au départ du DPP pour constituer le dossier de chaque malade. Le schéma de médication c'est le dossier pharmaceutique de chaque malade à l'usage du malade. Et il n'y a peut-être pas nécessairement le même contenu, je ne suis pas sûr qu'ils mettent dans le schéma de médication tout le OTC.

A propos du Sumehr, quels sont les risques de laisser le pharmacien accéder au Sumehr, et quelles sont les données qui doivent ou ne doivent-elles pas être partagées avec le pharmacien et pourquoi?

Il n'y a pas que les pharmaciens, il y a même entre médecins. Beaucoup de malades ne donnent pas d'autorisation d'accès à l'entièreté de leur dossier médical. Même dans les hôpitaux, le dossier médical ça peut être quelque chose de très complet. Quand un patient est admis mettons pour une cholécystectomie dans un hôpital, il n'a pas nécessairement envie que la personne qui s'occupe de lui et consulte son dossier, sache que deux ans avant il a été hospitalisé en

psychiatrie ni qu'il prend encore des antidépresseurs ni qu'il est suivi par un autre confrère pour autre chose. Le partage des données absolue n'est pas nécessaire pour suivre un traitement ou le décider, et ça ouvre la porte au malade à partager des choses qu'il n'a pas forcément envie de partager. Il y a aussi dans le Sumehr les antécédents familiaux, il n'y a aucune raison que cela soit accessible. Il y a une partie du journal qui est là, qui à mon avis va pouvoir être accessible s'il y a des modifications en cours de route pour donner des opinions, des avis. Mais il y a aussi des parties qui sont plus confidentielles, sur des relations, entre soignants et soignés et qui n'ont pas nécessairement à être accessibles à tout le monde s'il n'y a pas de plus value pour la prise en charge.

Dans le sumehr, il y a des rubriques, et dans nos discussions au groupe d'accès, on décide si on peut ouvrir telle ou telle sous partie du Sumehr. Ça pose un énorme problème de granularité parce que les systèmes informatiques derrière *inaudible* pour permettre cette sélectivité dans l'accès dans une base de données unique sont assez complexes avec à chaque fois les freins, les arrêts, les addictions, etc. On ne sait pas le faire. Donc en fait nous sommes partis pour proposer autre chose. C'est de dire, en fait, pour repartir de l'essence philosophique du début de cette affaire du dossier, le dossier c'est le malade qui le pilote et donc il faut permettre à un binôme pilote copilote cher à madame la ministre précédente, le binôme médecin patient, de décider en concertation quelle est la partie du dossier qui sera ouverte et accessible pour nous. Et ça, c'est vraiment un changement de paradigme comme le disent les gens de l'INAMI et de la plateforme ehealth. Ils ont proposé cela, il y a 1 mois, dans le groupe de travail accès, pour se sortir de ce débat, qui devient très technologique sur la granularité, sur le focus, sur les pixels de l'écran, jusqu'à quel détail d'image il faut aller pour aller vers un concept qui est un accès à la carte en fonction des besoins, qui serait décidé au cours de la consultation médecin patient.

Mais ça vaut pour tout le monde, que ce soit les pharmaciens ou les kinés. Les kinés aussi, ils ont demandé à voir tout le dossier médical. Or, vous envoyez quelqu'un chez un kiné, on lui a enlevé le ménisque et il doit avoir une dizaine de séances pour renforcer son genou, il est logique que le kiné puisse avoir accès aux images et au rapport de sortie de l'hôpital puisque c'est bien qu'il sache ce qu'on a fait. Mais il n'est quand même pas logique que pour ça, il ait accès à l'entièreté du dossier médical et qu'il sache que la dame qu'il a devant lui on l'a hystérectomisé ou qu'on lui a enlevé un sein, ça n'a pas de sens.

On pourrait fractionner le consentement éclairé?

C'est ça. Et comme on ne sait pas le faire par des dispositifs automatiques, car c'est beaucoup trop complexe en termes d'ingénierie informatique, ce qu'on dit c'est ok, le couple médecin-patient dira qui peut avoir accès à cet aspect là de mon dossier. Et alors c'est une autorisation *inaudible* qui ne demande pas un système générique utilisable par 11 millions de belges utilisable dans toutes les circonstances et imaginable. C'est beaucoup plus facile.

Mais alors le kinésithérapeute en accord avec le patient ne peut pas dire voilà j'aimerais avoir tel accès?

Non. C'est uniquement au couple médecin et malade.

A propos des accès au niveau des hubs, les pharmaciens hospitaliers ont accès aux hubs, qu'est ce qui les différencie des pharmaciens d'officine?

Attention, dans les hubs on règle les connexions entre les prestataires médicaux. Donc c'est un médecin généraliste ou d'urgence ou un orl et qui voudraient savoir si il a déjà eu un dossier, si ce qu'il me raconte n'est pas clair, ils se contacte au hub, au moment ou il se contacte, car le malade est devant lui **inaudible**. Dans les groupes de prestataires, l'hôpital a saisi des autorisations d'accès pour les gens vers le dossier du patient. Et c'est l'hôpital qui a pris, en interne, des dispositifs qui rendent les choses étanches et qui interdisent à un gynécologue d'aller voir le dossier psychiatrique d'un patient dans le même hôpital. Et donc à ce moment-là, ils ont les autorisations de rentrer dans le circuit, ils se branchent sur le hub ou le metahub qui dit ha mais les dossiers du patients sont dans un hôpital qui se branche sur la plateforme cozo de gand et voilà l'accès. Vous rentrez dans la plateforme cozo, vous rentrez dans l'hôpital et vous rentrez dans le dossier médical du patient de l'hôpital.

Et donc là, ça a du sens que le pharmacien clinicien puisse accéder à cette information?

Le pharmacien clinicien n'a pas accès aux données médicales. Il connaît le dossier du patient dont il s'occupe pour faire son schéma de sortie médicamenteuse ou de réconciliation médicamenteuse mais il n'a pas accès au hub dans les autres hôpitaux, à ma connaissance.

Il y aura surement des différences de vision, ça ne fait pas de doute, c'est comme toujours, quand on est dans une position quelconque ou que la position qu'on occupe impose qu'on prenne des décisions, on essaie de s'informer et de prendre des décisions en âme et conscience, ça peut être en porte-à-faux par rapport à ce que les gens veulent, c'est parfaitement normal, ça s'appelle la démocratie.

Interview APB Alain Chaspierre

J'ai compris vous travaillez que vous travaillez sur l'échange des données au niveau digital entre les différents professionnels de la santé, ici on parle des pharmaciens et des médecins. Je dois d'abord dire que c'est très utile que vous fassiez ce travail car on a beaucoup de concertation actuellement, je dois dire qu'ils sont tendus notamment certains syndicats médicaux dont l'ABSyM soyons clairs, notamment sur le partage des données. J'avoue que je perçois qu'il y a une très mauvaise compréhension de comment l'e-santé est organisée en Belgique et qu'il y a beaucoup de fake news, je suis assez épaté par ça. Voilà, ce n'est pas une critique, mais chaque fois que j'ai des entretiens avec des associations ou des syndicats, puisque je suis allé dans plusieurs syndicats, la CMG, aussi au cercle de médecine à la fac, je me rends compte qu'il y a beaucoup de médecins de terrain qui ne connaissent pas l'e-santé, je ne sais pas si c'est le constat que vous faites aussi.

Evidemment, quand on veut construire le futur, c'est à dire avoir plus d'interactions entre les différentes disciplines de la santé, il faut évidemment que la base soit là, qu'on soit sûrs de c'est quoi les outils, qu'est-ce qu'on utilise, dans quels cadre ils sont utilisés, quelles sont les garanties, tout ça il y a des lacunes énormes et c'est un peu le terreau pour raconter tout et n'importe quoi et créer des peurs notamment via les réseaux sociaux qui sont non fondées, c'est ça qui me perturbe le plus pour le moment. Voilà, ça c'est le début de l'interview.

Quelles sont les attentes des pharmaciens sur le partage des données médicales, quels seraient les avantages de ce partage et quelles données seraient essentielles pour améliorer ou modifier le rôle du pharmacien et pourquoi?

Tout à fait. Nous nous sommes, donc quand on parle du partage des données médicales, et pour déjà couper l'herbe à certains discours, c'est que nous n'avons pas besoin de l'ensemble des données médicales. Clairement. Par contre, aujourd'hui on sait bien que dans une approche multidisciplinaire, chacun joue son rôle et les données qui lui permette de jouer son rôle de la manière la plus optimale possible et les pharmaciens aujourd'hui, nous sommes plus axés sur l'échange au niveau des données de médication, on est assez supporter du projet vidis, c'est à dire avoir à terme un dossier médicamenteux du patient qui est rempli par le médecin qui suit le patient, par le pharmacien qui délivre, avec des données d'assurabilité et un journal qui permet entre les acteurs de soins de communiquer. Aujourd'hui qu'est-ce qu'il y a besoin pour bien faire un travail de pharmacien? Nous notre travail c'est de veiller que ce qui est prescrit au patient, de vérifier si c'est ok, si les posologies sont ok, si le patient a bien compris l'intention thérapeutique du médecin, et de veiller au bon usage du médicament, de veiller aussi au problème d'interaction médicamenteuse et à la limite

compléter le schéma de médication avec des moments de prise ou des recommandations de bon usage.

Dans ce contexte là, ce qui est important, c'est qu'on puisse avoir accès à l'indication, le pourquoi le médicament est prescrit. Alors ça, ça cause énormément de débats au niveau des syndicats médicaux, je vois beaucoup de craintes la dessus, je ne la comprend pas j'avoue. Je peux comprendre qu'à certains moment l'indication ne soit pas mentionnée, par exemple on a pas dit le diagnostic au patient ou des choses ainsi, pas de problème. Vous savez aujourd'hui, il faut se mettre face à notre réalité, lorsque je délivre un médicament, je dois deviner pourquoi le médecin a prescrit ce médicament au patient. Prenons le cas d'un bêta-bloquant, c'est pourquoi, c'est pour un problème de tachycardie, d'HTA, de traitement de fond de la migraine, de tremblement essentiel, j'ai eu plusieurs fois le cas où ça joue un rôle négatif sur l'adhésion thérapeutique. Par exemple, le médecin veut prescrire un antidépresseur dans le cas de douleurs neuropathiques par exemple, et moi j'aborde le problème sous l'angle de la dépression, alors le patient se demande, mais enfin qu'est-ce que mon médecin m'a prescrit là, alors après je dois rattraper le coup.

Voilà, moi je me base, aujourd'hui en belgique on a trois problèmes majeurs, et je pense que les médecins et les pharmaciens devraient plus collaborer entre eux pour résoudre ces problèmes et les outils de l'e-santé peuvent aider, le premier problème c'est le déficit d'adhésion thérapeutique, je pense qu'il est bon que lorsqu'un médecin prescrit un médicament pour une indication, et c'est démontré dans les études internationales, que le pharmacien puisse appuyer sur base de l'indication et du traitement, pour réexpliquer le pourquoi et l'intérêt de la médication au patient. Parce qu'on a la moitié des gens qui ne suivent par leur traitement dans les pathologies chroniques avec des coûts et des consommations de soins évitables dont on pourrait augmenter l'efficacité. Le deuxième point c'est la littératie en santé, 40% des belges n'ont pas bien compris dont 13% n'ont pas compris du tout leur médicament, il y a un gros défaut à ce niveau là. Il est bon qu'on puisse de manière concertée renforcer les messages des médecins prescripteurs au niveau de la pharmacie. Et le troisième élément, c'est les poly-médications, il y a 42000 hospitalisations par an en belgique avec 200 millions d'euros de dépenses pour des problèmes purs liés aux médicaments, et donc une bonne gestion des interactions médicamenteuses, et je ne vous fais pas part de toutes les études qui dans les maisons de repos montrent que plus de 80% des personnes âgées reçoivent des médicaments inappropriés. Il y a beaucoup de travail à faire. Le partage des données de santé, on a parlé de l'indication, ça me paraît essentiel.

Et pourquoi les médecins seraient réfractaires au partage de cette indication?

Eh bien justement, je ne comprends pas, mais il y a beaucoup de virulence par rapport à ça, j'ai eu contact avec l'ABSyM, ils nous accusent déjà d'aller vendre

après ces données, et là je tombe de ma chaise, car quand on parle du dossier VIDIS, ça veut dire qu'on parle de sources de données qui sont virtuellement mises les unes à côté des autres, et ce n'est donc pas un partage de données, les sources restent bien à leur place, c'est juste une plateforme de regroupement, et donc c'est impossible des les vendre pour être très clair. Donc je ne comprends pas ça, il y a toute une série de fake news qui circulent là dessus, mais je peux vous envoyer les mails de reçu de l'ABSyM qui sont très virulents, et avec des choses qui sont du n'importe quoi j'avoue mais soit.

Donc je vous explique pourquoi pour nous il est utile d'avoir l'indication, c'est vraiment dans un cadre de renforcer, et je peux très bien comprendre que dans certains cas on ne le mette pas. Et d'ailleurs je ne sais pas si vous avez eu contact avec la ssmg, mais elle a démontré que scientifiquement il n'y avait aucune objection à transmettre l'indication au pharmacien et que c'était même plutôt positif.

Quelles sont les interventions que le pharmacien ferait et qui auraient prouvé une efficacité ou qui serait en faveur des soins de santé?

C'est ce que je vous dis ici, c'est d'augmenter le niveau de littératie en santé et d'adhésion thérapeutique. J'avoue que sans doute il y a des non dit, est-ce qu'il y a une peur de remettre en cause le diagnostic, c'est des choses auxquelles je ne pense pas, qui ne me viennent pas à l'esprit. Comme pharmacien, je pose des questions de savoir pourquoi le médecin a prescrit, et on est parfois surpris du niveau de compréhension des patients. Donc pour pouvoir donner des conseils, car il n'y a pas que le médicament, il y a le mode de vie, etc, il y a des choses intéressantes qu'on peut ajouter au médicament, aussi de bien expliquer l'intérêt du médicament dans certaines pathologies pour éviter que les choses se dégradent, c'est participer à l'adhésion thérapeutique donc. Je peux vous envoyer les trucs scientifiques, ça pourrait être chouette.

Qu'est-ce qu'on pourrait répondre aux médecins qui disent que le pharmacien aura plus de pouvoir pour refuser des médicaments?

Si jamais ça arrive, mais on ne refuse pas de délivrer un médicament, c'est que lorsqu'on constate un problème sérieux et il y en a au moins une fois par jour un truc ou on doit téléphoner au médecin prescripteur. J'enseigne à l'université de Liège, on enseigne au pharmacien à comment réagir par rapport à une ordonnance, le faire en dehors du patient, téléphoner au médecin généraliste après accord du patient, trouver un accord avec lui et revenir avec le patient, en disant voilà ce qu'on va faire avec votre médecin. Je pense que plus on a de données, moins on en crée. Moi j'avoue que comme pharmacien, on ne remet pas en cause la pertinence du traitement, c'est qu'on le cadre dans le schéma de médication et qu'on recherche s'il n'y a pas d'interactions médicamenteuses, c'est un peu notre travail. Notre rôle essentiel, c'est de permettre un bon usage du médicament par le patient, et si on a une information qui est la plus fondée

possible et la plus en corrélation avec ce que le médecin a expliqué au patient, donc renforcer le message, c'est 1000 fois positif.

Quels éléments du dossier médical permettraient de soutenir le pharmacien dans son travail?

L'indication me paraît quelque chose d'essentiel. Le médicament prescrit ça on l'a via l'ordonnance. Il y a les problèmes liés à la médication, aujourd'hui le prochain service qui va être implémenté en pharmacie, c'est la revue de la médication. L'idée, c'est à temps X, pour des patients cibles polymédiqués, le pharmacien fera un rapport au médecin généraliste, sur certains problèmes, ou la pertinence de certains traitements sur le long court. Vous êtes au courant, et les médecins dans la concertation le disent aussi, on a l'habitude de prescrire certains médicaments et on ne les remet pas en cause, ça nous ferait du bien de temps en temps d'avoir un signal en disant tiens est-ce que c'est toujours pertinent d'avoir ce médicament chez telle personne. Ce qui serait intéressant c'est d'accéder au niveau de fonction rénale. On a équipé tous les softs par rapport à l'adaptation des posologies en fonction de l'insuffisance rénale, on est de plus en plus formés par rapport à ça. Ça pourrait être utile d'avoir cet échange avec le généraliste qui n'y prête pas toujours attention, entre nous. Il y a parfois des doses où on se dit, à cet âge-là, 300 mg d'allopurinol est-ce que c'est toujours pertinent est-ce qu'il ne faudrait pas réduire. Moi je fais souvent ça d'envoyer des messages aux médecins, au début ce n'était pas apprécié et après ils l'ont vraiment apprécié en disant c'est pertinent. Et ils le font s'ils ont envie, et s'ils n'ont pas envie ils ne le font pas. Mais au moins il y a un signal qui est fait.

A propos de l'insuffisance rénale, qu'est-ce qui serait utile, est-ce que ce serait que le médecin stadifie l'insuffisance rénale ou est-ce que ce serait d'accéder à la donnée brute de créatinine dans le sang pour pouvoir la calculer vous?

En fait, ce qui est prévu dans la revue de médication, c'est de faire un rapport au médecin généraliste, c'est d'accéder à des données brutes, de lui faire un rapport. Et puis c'est lui le maître du jeu, il en fait ce qu'il veut. Je viens encore d'avoir le cas, malheureusement il a eu ce que je craignais, il y avait deux médicaments qui augmentent l'intervalle QT, tous les facteurs de risques de faire une torsade de pointe, sexe féminin, âge, et puis il a de la polyarthrite, on ajoute du médrol 32 qui va favoriser l'hypokaliémie et paf, il a fait un AVC. Je pense que c'est bien qu'on puisse alerter à un moment en disant qu'il y a quand même 4 facteurs de risques. C'est des choses essentielles, on ne se rend pas compte. L'idée c'est de pouvoir avoir des données pour enfin faire un rapport qui est partagé électroniquement vers le médecin généraliste et auquel il peut avoir accès via le RSW.

Quand vous dites partager électroniquement, ce serait au travers de VIDIS alors?

Ce qu'on a nous, vous savez que le secteur des pharmaciens a développé et financé lui-même le DPP? qui est un système qui fonctionne dans 99,8% des

pharmacies en Belgique. On a donc un serveur qui s'appelle PCDH et on est en train de le transformer en hub santé ce qui permettra au pharmacien de poster des documents de rapports qui seraient accessibles au médecins généralistes en passant la carte d'identité du patient. Ce serait un nouveau hub santé si vous voulez.

Et dans ce hub seraient compris également les médicaments OTC?

Alors ça, nous ce qu'on souhaite, c'est agir dans le contexte VIDIS, vous l'avez entendu vous savez de quoi il s'agit. Vous avez vu que quand un pharmacien délivre un médicament otc, il devient comme un prescripteur de la ligne et il ajoute le médicament otc dans le schéma de médication du patient, et alors il y a aussi le fait que nous allons partager le dossier pharmaceutique dans le contexte de vidis. Tous les médicaments délivrés au patient que soit prescrit, c'est important les médicaments prescrits ou non prescrits, vont revenir au médecin. C'est important l'échange de données, ce n'est pas en sens unique, c'est que nous on dit bah c'est bien que le médecin ait une visibilité sur l'ensemble des médicaments utilisés par le patient. Et c'est vrai que le pharmacien est à ce niveau, un peu le centre qui a la meilleure vision de l'ensemble des médicaments utilisés par le patient. Car on a des cas où le médecin prescrit un médicament pour une utilisation donnée mais où le patient n'est jamais venu la chercher parce que, pour une raison ou une autre.

Une autre information essentielle c'est si il y a différents prescripteurs, d'avoir une vision d'ensemble c'est ce que le pharmacien de référence fait quand il fait un bilan de médication c'est son travail. Mais malheureusement le partage électronique du côté francophone, c'est pour ça qu'on a développé le hub, pour permettre au généraliste d'avoir accès à ces données aussi. donc on consolide l'ensemble des médicaments utilisés et on y ajoute les médicaments OTC utilisés de manière chronique par le patient qui sont les éléments clés et qui sont bons à savoir par le médecin généraliste et l'ensemble des soignants. Et alors il y a aussi un élément clé, et ça on aimerait dans le futur développer au travers de la fonction de pharmacien de référence, c'est donner un indicateur sur le niveau d'adhésion thérapeutique, parce qu'on sait, je ne sais pas si vous avez été voir les données de dispensation au patient, et le dpp aide aussi à ça si le patient a été chercher dans une autre pharmacie. Si le patient utilise un nombre de boîtes, en fonction de la posologie et de la quantité de médicaments. On pourrait aussi donner un signal, ça il y a vraiment une action à faire, maintenant il y a aussi une partie éthique, mais c'est un peu les discussions du moment.

Et ça, ça pourrait être partagé comme données brut au médecin ou plutôt activement du pharmacien vers le médecin?

L'idée, nous, ce qu'on vise c'est vraiment d'aller vers VIDIS, si il y a une prescription par ligne, on a l'indication, le moment de visite futur du médecin, le pharmacien met ce qu'il a délivré, et il y a un journal qui permet de dire, j'ai dû délivrer la spécialité machin parce que l'autre est manquante, ou j'ai un indicateur qui montre que le niveau d'adhésion est peut-être problématique. On pourrait tous

travailler dans VIDIS. Par contre des données brutes comme l'insuffisance rénale, ça je ne sais pas comment on pourrait, mais elles pourraient être rendues accessibles via les système d'e-santé au pharmacien par exemple.

Est-ce que VIDIS et dpp ça ne fait pas double emploi?

Ha non, car VIDIS ce n'est pas un nouvel outil, c'est une adjonction d'outil existant, ce qui n'est pas bien compris par tout le monde. La première partie de VIDIS, c'est recip-e donc c'est déjà un système qui existe, c'est le serveur de la prescription électronique, la deuxième partie c'est mycarenet, la troisième le dpp et la quatrième qui est à développer c'est le journal, le fait qu'on puisse échanger par rapport à une ligne de soins par rapport à une ligne thérapeutique. C'est tout un système intégré mais à partir d'outils existants, ce n'est pas une nouvelle base de données, c'est un outil qui va chercher les outils de différentes sources qui sont recip-e, mycarenet et le dpp. C'est important à connaître, car c'est à ce moment-là qu'on dit ha mais c'est une nouvelle base de données. Parce qu'entre l'intention thérapeutique et la réalité de prise par le patient, il y a parfois un delta. Le médecin souhaite prescrire un médicament à un patient, il y a des cas où le patient ne vient pas. Si il y a une interaction majeure, combien de fois je n'ai pas un macrolide prescrit à quelqu'un qui est sous statine, qui agit sur le CYP3A4 et qu'on se dit on téléphone au médecin et qu'il dit ha bah non alors on va mettre une pénicilline ou on arrête la statine pendant la durée du traitement antibiotique. Ça veut dire qu'il peut y avoir une modification entre l'intention et la délivrance. Et puis vous êtes bien informés qu'il y a énormément de médicaments manquants et donc on pourrait entre ce qui a été prescrit, ou la marque EG, on a peut être délivré un teva parce qu'il n'y avait plus d'EG. C'est important que le médecin soit informé de ce qui a été délivré. Le DPP c'est non seulement en regard de l'intention ce qui a été ou pas délivré, les différents prescripteurs et aussi l'OTC.

Et les médecins sont réceptifs à ces changements et ces propositions du pharmacien en règle générale?

Écoutez, on a fait une ASBL il y a 5 ans avec les syndicats médicaux, la ssmg, domus medica, l'APB et l'OFACO et on en parle réellement je suis en train de réaliser un document qu'on appelle les pistes de collaboration en première ligne. Qu'est-ce que nous disent les médecins autour de la table, ils nous disent ce qu'on attend du pharmacien c'est qui joue son rôle, la revue de médication, les exercices sur l'adhésion thérapeutique, l'éducation thérapeutique du patient, c'est des choses que les médecins soutiennent. Maintenant je ne dis pas que tous les médecins de Belgique soutiennent ça parce qu'il y a toujours beaucoup de crispations entre les deux métiers. Mais à partir du moment où les gens se parlent, se concertent et se comprennent, je vois que les champs évoluent pas mal. De toute façon on n'a pas d'autre option que de travailler ensemble, car 90% des patients chroniques ne voient que deux prestataires de soins c'est le médecin et le pharmacien qui délivre.

Si on a vraiment une nécessité de mieux collaborer entre nous, et de trouver les modalités d'échanges de données qui nous permettent de faire du meilleur travail parce qu'il y a de réelles gains d'efficience à faire.

Est-ce qu'on pourrait améliorer ou modifier le consentement éclairé qui est à l'heure actuelle un consentement national et valable pour tous les services?

Aujourd'hui le consentement éclairé ne fait pas de distinction, à partir du moment où le patient donne son consentement, il donne son consentement pour l'ensemble des échanges de données. Il devrait y avoir une réflexion mais pour moi ça doit être une réflexion politique sur la notion de consentement dans notre pays. Je pense que le consentement éclairé, vous demandez aux gens dans la rue ce que c'est à mon avis 80% des gens ne savent pas ce que c'est. Ils l'ont donné parfois en allant à l'hôpital ou que sais-je mais ils ne le savent même plus. Il est temps d'avoir un débat politique qui redéfinit ce que c'est le consentement, ce que sont les données. Je sens dans certains partis d'aller vers, en Belgique on a choisi l'opt-in, donc c'est le patient qui décide de, et il y a pas mal de pays qui sont dans l'opt-out, c'est à dire par défaut le patient partage ses données sauf si il s'y oppose. Je pense qu'il faudrait un débat clair en Belgique et le flou qui règne encore autour de ces échanges de données n'est pas bon non plus dans le contexte futur. C'est bien qu'il y ait un débat politique, sur c'est quoi le consentement, quelles sont les garanties, les sécurités, les droits et les devoirs de chacun.

Si on entre dans un multidisciplinaire d'échanges de données, c'est vraiment nécessaire de cadrer, qu'est-ce qu'on peut faire avec ces données, que ce soit bien cadré. Et là je peux comprendre certaines réticences médicales car je comprends qu'il doit y avoir des garanties sur l'utilisation de ces données. Ici ce que je vous parle c'est d'avoir des échanges de données bidirectionnelles dans un but d'amélioration de la gestion du schéma de médication du patient.

Les problèmes de santé seraient partageables avec les officines, mais un problème est que les softs ne sont pas forcément adaptés. Le sumehr sur la partie prescription, on en a pas besoin puisqu'on la reçoit, bien que c'est parfois intéressant de voir que le patient n'est pas venu chercher son médicament. Ce qui est important, c'est les données concernant l'allergie, ou les intolérances. En fait, on a beaucoup de gens qui viennent nous dire: je n'ai pas supporté ce médicament. On devrait pouvoir encoder par rapport à ça différents niveaux. Le médecin devrait pouvoir dire, il y a eu une allergie IGE médiée par rapport à une pénicilline, allergie sérieuse pour laquelle on ne peut plus prescrire de céphalosporine. Moi j'ai souvent des gens qui disent qu'ils ne supportent pas la pénicilline, mais la plupart ce sont des intolérances digestives. A partir du moment où on a une prescription de pénicilline et qu'il est mis allergie à la pénicilline, si c'est pas une allergie qui a été confirmée, alors on va dire ha ben non on va demander au médecin, ha ben oui j'ai oublié de demander on va changer, alors qu'il n'y a pas forcément d'allergie. Je crois que c'est bien de

pouvoir affiner là dessus. Les intolérances c'est quelque chose qu'on pourrait avoir du médecin mais qu'on pourrait partager aussi, donc ce serait un partage des données. Avec différents niveaux. Et il y a une troisième donnée, c'est les données concernant le statut vaccinal. Aujourd'hui il n'y a pas d'accès à ça, c'est un peu le bazar. Nous on est en train d'élargir les lignes du DPP par rapport aux vaccins délivrés par les pharmacies, mais on a qu'une partie des données. Ce qui serait bien, c'est qu'on puisse jouer un rôle, qui est complémentaire à celui du médecin en disant ah je vois que la vaccination x vous êtes arrivé au bout, il est temps de faire un rappel. On sait très bien les problèmes qu'on a au niveau de la couverture vaccinale. On a une avancée avec le covid et vaccinet plus, peut-être que c'est la solution pour le futur.

On a aussi la sensibilisation, je prends par exemple la vaccination grippe, on a même développé des pop-up dans les ordi qui sont basés sur les classes ATC. Quand on a des médicaments fournis aux patients pour des pathologies chroniques pour des plus de 50 ans, il y a un outil qui dit de penser à la vaccination, parlez-en à votre médecin. C'est des choses très bêtes, mais qui permettent de renforcer nos actions communes;

Est-ce que les développeurs de logiciels pharmaceutiques incluent un futur accès au RSW?

Vous savez le problème qu'il y a? C'est que les softs dépendent de boîtes privées, et que les boîtes privées, globalement ils n'en font qu'à leur tête parce que tant qu'il n'y a pas d'obligation de l'état, si ce n'est pas planifié dans leur planification ils estiment toujours qu'ils ne gagnent jamais assez d'argent pour le développement des softs professionnels. Moi ce que j'ai dit, c'est qu'il est temps d'avoir des exigences par rapport à ces softs qui, tout ce qui améliore la qualité des soins de manière globale, et l'échange des données cohérentes devraient être implémentées au niveau des softs, mais pour moi, on ne pourra pas s'en sortir tant qu'il n'y a pas une obligation qui vient des autorités publiques. C'est un peu du n'importe quoi la manière dont les softs sont homologués, ils passent des tests, puis ils ne le font plus, mais tout le monde s'en fout, il n'y a pas de suivi, ils ont toutes les cartes en main mais c'est compliqué.

En ce qui concerne les softs pharmaciens, le problème c'est qu'il y a trois coffres-forts, il y a vitalink, abrumet et le réseau santé wallon. Vitalink a été développé un peu avant avec la notion de SMMP. Comme il y avait le rôle de pharmacien de référence, les softs pharmaciens qui sont présents dans tout le pays ont développé le lien vers vitalink, puis après on a dit il faudrait développer un lien vers le RSW et abrumet et ils ont dit oh oh oh les coffres forts n'ont qu'à se connecter entre eux, on ne va pas connecter 56 tuyaux pour amener l'information. C'est pour ça qu'on a réagit nous en développant le hub, en contournant les softs pour permettre l'échange des données. Mais ça avance pas mal, je pense que la connexion des pharmaciens au RSW va sans doute s'améliorer, mais aujourd'hui on ne peut pas dire que c'est le pied. Et alors il y a tout le système de parrainage,

mais qui n'est pas très efficace, on doit être parrainé par un médecin pour faire partie du RSW. Le jour où le RSW deviendra effectivement multidisciplinaire, on ne va pas demander à chaque acteur de soins de demander à un médecin pour accéder au réseau santé wallon.