



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità

eHealth Suisse

Introduction du plan de médication dans le DEP – Processus quotidiens

Aide à la mise en œuvre destinée aux communautés (de référence), fournisseurs de plateformes et les professionnels de la santé

Berne, le 28 février 2022

ehealthsuisse

Kompetenz- und Koordinationsstelle
von Bund und Kantonen

Centre de compétences et de coordination
de la Confédération et des cantons

Centro di competenza e di coordinamento
di Confederazione e Cantoni

Impressum

© eHealth Suisse, centre de compétences et de coordination de la Confédération et des cantons

Licence : le présent résultat appartient à eHealth Suisse (centre de compétences et de coordination de la Confédération et des cantons). Le résultat final sera publié par des voies d'information appropriées sous la licence Creative Commons de type « Attribution – Partage dans les mêmes conditions 4.0 ». Contenu de la licence : <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.fr>

Identification OID de ce document : 2.16.756.5.30.1.127.1.2.5.1.1

Informations complémentaires et diffusion : www.e-health-suisse.ch

Objectif et positionnement du présent document

La présente aide à la mise en œuvre a été élaborée par eHealth Suisse en collaboration avec le groupe de travail interprofessionnel eHealth (IPAG) afin de soutenir l'implémentation du format d'échange *Medication Card document* dans le DEP. Le groupe de travail eHealthSuisse « cybermédication » a suivi ces travaux. L'aide à la mise en œuvre précise les recommandations à l'intention des professionnels de la santé qui souhaitent travailler dans le DEP avec des informations sur la médication et décrit la forme et les méthodes d'échange de ces informations dans le DEP. L'aide à la mise en œuvre doit contribuer à l'utilisation pratique des premiers formats de données structurés dans le DEP. Le présent document n'est pas juridiquement contraignant. Il peut être consulté à l'adresse www.e-health-suisse.ch.

Pour une meilleure lisibilité, la forme générique est employée dans cette publication et s'applique, le cas échéant, à l'autre sexe également.

Table des matières

Résumé	3
1 Introduction	6
1.1 Contexte	6
1.2 Mandat.....	7
1.3 Destinataires.....	8
1.4 Thèmes connexes	9
2 Bases de la cybermédication dans le cadre du DEP	10
2.1 Processus de médication	10
2.2 Conditions pour la cybermédication	12
2.3 Objectifs de la cybermédication	12
2.4 Format d'échange <i>Medication Card document</i>	13
2.5 Avantages du format d'échange.....	13
2.6 Limitations du format d'échange	14
2.7 Le <i>Medication Card document</i> dans le contexte de la cybermédication.....	15
2.8 Applications tierces	15
2.9 Expériences faites à l'étranger : Allemagne et Autriche	16
3 Aide à la mise en œuvre.....	17
3.1 Cas d'application en lien avec le <i>Medicament Card document</i>	18
3.2 Contenu du <i>Medication Card Document</i>	19
3.3 Caractère facultatif, structuration et dépendances.....	22
3.3.1 Caractère facultatif, structuration et dépendances	22
3.3.2 Structuration	22
3.3.3 Dépendances logiques des éléments de données	23
3.3.4 Ordre des éléments de données du plan de médication	23
3.4 Traitement des cas non couverts	23
3.5 Informations supplémentaires en lien avec l'utilisation du <i>Medication Card document</i>	27
3.6 Exhaustivité, responsabilité, version et fiabilité.....	29
3.6.1 Exhaustivité des informations sur la médication	29
3.6.2 Responsabilité des personnes impliquées	29
3.6.3 Version	30
3.6.4 Fiabilité	31
4 Recommandations pour la mise en œuvre	32
4.1 Recommandations	32
4.1.1 Recommandations à court terme	32
4.1.2 Recommandations à long terme	38
5 Bibliographie (à compléter)	40
6 Annexe : cas d'application.....	41

Résumé

La disponibilité et l'échange de données relatives à la médication représentent pour tous les patients et les professionnels de la santé impliqués certaines des fonctionnalités les plus souvent utilisées et les plus importantes dans le cadre du dossier électronique du patient (DEP). Lorsqu'ils utilisent le DEP, les patients et les professionnels de la santé sont censés avoir accès à tout moment à des données sur la médication aussi actualisées que possible. Cet objectif devrait raisonnablement conduire à une meilleure efficacité des processus de médication, à une fiabilité et une exactitude accrues des informations sur la médication, à une plus grande « adhésion » des patients à la prise de médicaments et, par conséquent, à une amélioration de la sécurité des patients.

En Suisse, la cybermédication sera introduite par étapes. Dans un premier temps, le DEP permet d'accéder à des informations non structurées sur la médication. La deuxième phase vise à rendre disponible la médication actuelle sous une forme structurée. Il faudra attendre la troisième phase afin de pouvoir saisir le processus de médication dans son intégralité (prescription, remise, prise, etc.) sous une forme structurée dans le DEP.

La présente aide à la mise en œuvre soutient la deuxième phase de l'introduction de la cybermédication. Elle se concentre sur la saisie de la liste la plus complète possible de tous les médicaments et principes actifs prescrits actuellement aux patients. Elle aide les professionnels de la santé à utiliser correctement le format d'échange Medication Card document, prévu dans la deuxième phase, grâce à des cas d'application, et en décrit la portée avec des cas d'application complexes.

Dans le cadre de l'introduction progressive de la cybermédication, le format Medication Card document est soumis à des restrictions dont la compréhension est primordiale pour son utilisation par les professionnels de la santé. La principale limitation concerne la granularité de ce format d'échange. Le Medication Card document est un document global sur la médication actuelle des patients. Les modifications ne peuvent pas être effectuées au niveau des entrées individuelles, mais uniquement au niveau de l'ensemble du document, ce qui implique une charge de travail accrue pour l'affichage des modifications au moyen d'un historique ou de différentes versions. Une autre limitation réside dans le fait que le Medication Card document ne permet pas de faire la distinction entre les médicaments prescrits et ceux effectivement remis. Les cas d'application complexes ne peuvent pas être entièrement couverts par le Medication Card document. L'aide à la mise en œuvre formule des propositions sur la manière de présenter la majorité des cas d'utilisation complexes de façon uniforme et unique pour tous les professionnels de la santé impliqués dans le processus.

Les plans de médication, inclus dans une application de cybersanté, sont déjà mis en œuvre dans plusieurs pays, comme en Suisse (eMediplan) [1]. La responsabilité des professionnels de la santé est un aspect qui revient souvent dans ce contexte, en particulier lorsque différents acteurs complètent ou modifient les informations. En principe, la responsabilité en matière de plans de médication ne change pas de la pratique actuelle. Le plan de

médication est une compilation d'informations numériques gérées par différents professionnels de la santé, ce qui ne change toutefois rien à la responsabilité ; ceux-ci doivent respecter un devoir de diligence lors de la prescription et de la remise de médicaments. En l'absence de garantie sur une validation des informations concernant la médication ou des contrôles de la médication (p. ex. fonction rénale, interactions entre substances, dosage en fonction du poids chez les enfants, etc.), la fiabilité des informations peut être limitée. L'exhaustivité du plan de médication correspond au statu quo et ne peut pas être améliorée considérablement avec le format d'échange actuel. Cet aspect sera développé de manière significative dans une phase ultérieure, qui s'appuie sur le format d'échange actuel, pour autant que tous les acteurs possibles impliqués dans le processus de médication soient tenus de renseigner les informations correspondantes dans le DEP. Pour finir, la gestion de différentes versions d'un plan de médication pose particulièrement problème lors du passage à une nouvelle phase du projet. Dans la mesure où plusieurs représentations non structurées d'informations sur la médication coexistent dans le DEP (documents de la phase 1), la gestion des versions sera complexe et laborieuse et peut devenir la source d'informations potentiellement erronées, incomplètes ou contradictoires.

L'aide à la mise en œuvre comporte les recommandations suivantes :

Recommandations aux professionnels de la santé :

1. L'anamnèse et la conciliation médicamenteuses (réconciliation) continuent de former la base d'un plan de médication correct et sûr.
2. Une mention (« disclaimer ») apposée sur le plan de médication permet d'indiquer que la fiabilité et l'exhaustivité ne peuvent pas être garanties.
3. Le plan de médication du DEP doit servir de source d'information sur la médication actuelle lors de l'anamnèse et de la conciliation médicamenteuses. Les modifications apportées à la médication doivent être mises à jour dans le plan de médication du DEP, afin de permettre aux professionnels de la santé et aux patients suivants de consulter et de réutiliser ces informations. Nous recommandons d'éviter l'utilisation de documents de la phase 1.
4. Les professionnels de la santé doivent mettre à la disposition des patients une version imprimée du plan de médication, notamment lors de sa mise à jour.
5. Seul un professionnel de la santé coordinateur ou traitant devrait être habilité à ajouter au plan de médication les médicaments pris par les patients en automédication.
6. En ce qui concerne l'indication du dosage, seul celui de la substance active doit être mentionné.
7. Les professionnels de la santé doivent demander aux éditeurs du système primaire de soutenir l'utilisation des formats d'échange au moyen d'interfaces bidirectionnelles, afin d'améliorer les flux de travail dans les processus de médication.

Recommandations au législateur et exigences pour les versions suivantes du format d'échange :

8. Une fois la phase 2 démarrée, les éléments de la phase 1 doivent être abandonnés. Les éditeurs des logiciels des systèmes primaires sont donc encouragés à développer des interfaces adéquates.
9. Nous recommandons d'introduire un indicateur (« flag ») dans le DEP pour mettre en évidence les cas où les informations sur la médication sont limitées. Lors de l'ouverture d'un DEP, il convient d'informer les patients des conséquences possibles d'un accès limité.
10. Les éléments critiques d'une médication devraient constituer des champs obligatoires.
11. Afin d'assurer une présentation uniforme, le format d'échange devrait définir de manière contraignante l'ordre des éléments de données représentés.
12. Les dates de début et de fin (c'est-à-dire la date où démarre la médication et la durée de celle-ci) devraient être indiquées explicitement et pas seulement sous forme de période temporelle. Le format d'échange devrait permettre de signaler clairement les médications à long terme.
13. Le format d'échange doit également permettre d'indiquer quel professionnel de la santé a prescrit la médication et, le cas échéant, son titre professionnel.
14. Un champ devrait être ajouté au format d'échange pour indiquer la possibilité de substitution.
15. L'élaboration d'un guide pour le patient permettrait d'informer les patients sur la manière d'utiliser les informations relatives à la médication et le plan de médication.

Recommandations aux développeurs d'applications :

16. Le format d'échange doit permettre d'afficher des images des médicaments.
17. Nous recommandons de privilégier l'utilisation de tableaux de valeurs ou de terminologies (de référence) internationaux et standardisés pour les champs du plan de médication, lorsque c'est pertinent.
18. L'implémentation des formats d'échange devrait être disponible rapidement, afin de permettre à tous les professionnels de la santé de recevoir du soutien en ce qui concerne l'échange et la gestion des informations sur la médication au quotidien.

Recommandations sur le long terme :

19. Nous recommandons d'élaborer une base légale pour la numérisation des processus de médication.
20. La prescription fondée sur la substance active devrait remplacer la prescription fondée sur le nom du produit.
21. Il faut viser un plan de médication avec un degré élevé de structuration ou de codage.

1 Introduction

1.1 Contexte

La disponibilité et l'échange de données relatives à la médication représentent pour tous les patients et les professionnels de la santé impliqués certaines des fonctionnalités les plus souvent utilisées et les plus importantes dans le cadre du dossier électronique du patient (DEP). Lorsqu'ils utilisent le DEP, les patients et les professionnels de la santé sont censés avoir accès à tout moment à des données sur la médication aussi actualisées que possible. Cet objectif devrait raisonnablement conduire à une meilleure efficacité des processus de médication, à une fiabilité et une exactitude accrues des informations sur la médication, à une plus grande « adhésion » des patients à la prise de médicaments et, par conséquent, à une amélioration de la sécurité des patients.

Informations
sur la médication

Le message concernant la loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP) prévoit déjà d'archiver les listes de médication dans le DEP, également sous forme structurée [2]. Dans sa forme actuelle, le DEP ne permet de stocker les informations pertinentes pour le traitement que sous forme de documents statiques. Les processus de la médication sont multiples, complexes, interprofessionnels et, surtout, dynamiques. Toutefois, les dispositions légales ne permettent pas la création et le traitement d'informations dynamiques dans le DEP. L'audition publique sur la cybermédication organisée par eHealth Suisse a retenu l'intégration de la cybermédication à l'actuelle architecture décentralisée du DEP comme solution [3]. Pour ce faire, il faudra compléter le DEP, ce qui nécessitera probablement une adaptation de l'ordonnance relative à la LDEP.

Bases légales
de la cyber-
médication

Afin d'introduire rapidement la cybermédication en Suisse et d'acquérir de premières expériences, le processus doit se faire par étapes [4] :

La **phase 1** permet d'afficher des **informations non structurées sur la médication**, p. ex. sous forme de documents PDF. Ces documents serviront à l'échange d'informations, mais ne pourront subir qu'un traitement automatique limité.

Introduction
par phases

La **phase 2** vise à fournir des **informations structurées** grâce au *Medication Card document*, qui affiche la médication actuelle des patients.

La **phase 3** introduira le support des processus de cybermédication, c'est-à-dire qu'elle permettra de travailler avec tous les documents indispensables au processus de médication (prescription, ordonnance, remise, utilisation, etc.). Cette phase n'a pas encore été réglée de manière définitive, mais elle vise à numériser les principaux processus de médication.

eHealth Suisse a développé un format d'échange électronique pour les listes de médicaments. Celui-ci doit permettre, au niveau technique, un échange standardisé entre les milieux intéressés. Il offre aux utilisateurs du DEP un outil garant d'une présentation aussi uniforme que possible des informations sur la médication. Une représentation uniforme permet un échange standardisé entre différentes applications informatiques. En tant que pièce du dispositif, le format d'échange standardisé permet également

Format d'échange
électronique

d'intégrer facilement les informations sur la médication dans d'autres documents ou de les reprendre dans diverses applications tierces, ce qui représente un besoin fréquent en ce qui concerne les médicaments. Par exemple, l'intégration d'informations sur la médication devrait soutenir le DEP « services supplémentaires », les utilisations secondaires (par exemple la recherche) ou les développements d'applications nouvelles. Ces dernières pourront soit être spécifiques à la médication, soit nécessiter un affichage des informations actuelles sur la médication ; elles pourront concerner aussi bien le patient que son traitement médical.

Le présent guide aspire à soutenir la phase 2, qui permet une représentation électronique de la médication actuelle des patients (plan de médication électronique). Par définition, un plan de médication électronique comprend une « **liste aussi complète que possible de tous les médicaments¹ que le patient devrait actuellement prendre** ». Cette définition inclut aussi les médicaments prescrits par un professionnel de la santé autorisé (sur ordonnance), mais qui n'ont pas encore été remis au patient ou qui ne sont pas encore disponibles pour la prise. Sur le plan de médication électronique à jour apparaissent donc également des médicaments dont l'ordonnance a été établie, mais qui n'ont pas encore été retirés.

Définition du plan de médication électronique

Un plan de médication aussi complet que possible contient au moins les éléments de données suivants (voir page 22, tableau 2) : nom du produit (nom commercial), nom(s) de la substance active, quantité de substance active par unité (dose par unité), Forme d'administration, dosage, instruction(s) d'utilisation, commentaires et remarques, durée d'utilisation, et raison du traitement.

L'introduction par phases ne permet pas encore de représenter dans la phase 2 toutes les étapes du processus de la cybermédication de manière optimale. Certains processus sont temporaires et seront remplacés par des améliorations, voire supprimés, lors des phases suivantes encore à l'état d'ébauche.

1.2 Mandat

Dans le cadre de l'introduction généralisée du DEP en Suisse, les informations sur la médication sont stockées dans le DEP et peuvent être consultées et réutilisées par les milieux concernés. eHealth Suisse soutient l'introduction de la cybermédication en publiant une aide à la mise en œuvre, comme cela a déjà été fait pour d'autres thèmes pertinents du DEP. Ce document a pour objectif d'aider les différentes parties prenantes à utiliser les informations sur la médication en leur fournissant des informations pratiques. Il soutient la phase 2 de la cybermédication, qui prévoit l'utilisation obligatoire d'un format d'échange pour l'enregistrement des médicaments et met celui-ci en œuvre au moyen du *Medication Card document*. Les principaux domaines concernés par ce format sont les soins ambulatoires et les transferts lors de séjours hospitaliers (entrées et sorties).

Mandat

¹ Pour simplifier la compréhension, le terme « médicament », courant chez les professionnels de la santé et les patients, est utilisé. Dans le présent document, il comprend aussi bien les médicaments au sens de la LPT que d'autres substances et principes actifs, notamment les compléments alimentaires, l'homéopathie, etc.

Les processus de médication étant complexes, il est indispensable d'accepter certaines restrictions en termes de fonctionnalité pendant la phase d'introduction de la cybermédication, tout en permettant aux acteurs d'accéder à l'un des documents les plus importants et les plus fréquemment requis, à savoir un plan de médication actualisé.

L'aide à la mise en œuvre décrit les cas d'utilisation les plus fréquents et explique comment afficher des informations sur la médication complexes et distinctes de la présentation standard pendant cette phase (de transition).

Le présent document a été élaboré par l'IPAG (groupe de travail interprofessionnel eHealth), le groupe de travail sur la cybermédication d'eHealth Suisse, et se fonde sur le rapport relatif à la cybermédication de l'IPAG [5].

1.3 Destinataires

La présente aide à la mise en œuvre s'adresse en priorité aux professionnels de la santé affiliés au DEP et impliqués dans les processus de médication. Les professionnels de la santé ont besoin d'une liste de médication aussi à jour et complète que possible afin d'évaluer la situation actuelle du patient et de pouvoir administrer un traitement. Le contexte des processus de médication inclut également ces spécialistes qui, dans le cadre de la législation, sont habilités à remettre des médicaments aux patients [6].

Groupe-cible du présent guide

La mise en œuvre du format d'échange touche aussi d'autres milieux et peut donc les intéresser.

- (a) Les communautés de référence et les communautés : les communautés de référence et les communautés enregistrent les informations sur la médication sous forme tant de documents lisibles que de format d'échange permettant l'interopérabilité entre les systèmes d'information.
- (b) Les développeurs d'applications : les éditeurs de logiciels qui conçoivent des applications pour les professionnels de la santé ou les patients ont besoin du format d'échange (*eMedication*) pour pouvoir échanger des données de médication entre le DEP et les applications développées grâce à une représentation uniforme du contenu. Les informations sur la médication ne se limitent pas à l'affichage de la médication actuelle, mais peuvent permettre de transférer ces données dans d'autres applications ou documents. Ces informations peuvent également concerner des médicaments qui ne sont plus d'actualité.
- (c) Les institutions de santé : les institutions de santé exploitent des systèmes d'information qui échangent des informations sur la médication avec le DEP. Ce dernier peut mettre à disposition des informations sur la médication aussi complètes et à jour que possible, et les systèmes primaires des établissements de santé peuvent les utiliser pour un traitement ultérieur.

À l'avenir, les patients doivent en outre avoir le droit de disposer d'informations sur la médication aussi actualisées et informatives que possible dans un format compréhensible [7]. Le présent guide est en priorité destiné au soutien des parties susmentionnées. L'élaboration d'un guide distinct pour les patients devrait être envisagée et permettrait d'améliorer l'utilisation, l'acceptation et la sécurité pour les patients et les soignants.

1.4 Thèmes connexes

La présente aide à la mise en œuvre décrit principalement les aspects cliniquement pertinents en rapport à la médication, en particulier au plan de médication électronique. Elle ne traite pas les points suivants, qui devront être discutés et clarifiés dans un autre contexte :

Thèmes non couverts par le guide

- (a) Les questions et aspects juridiques ne sont pas clarifiés.
- (b) Les processus liés à l'établissement d'ordonnances et à la remise de médicaments sont exclus de cette phase 2 ; celle-ci se limite au *Medication Card document*, qui consiste en une représentation actuelle et aussi correcte que possible d'une liste de médication.
- (c) La vérification de l'exactitude d'une éventuelle substitution (remplacement) de la médication est exclue.
- (d) Les processus et les documents de médication dans les soins hospitaliers (entre l'admission et la sortie d'une institution de santé hospitalière) ne sont pas couverts par l'aide à la mise en œuvre, car ces informations ne sont pas prévues dans le DEP. Celui-ci se concentre sur l'échange d'informations entre les institutions de santé et non au sein de ces dernières.
- (e) Les médicaments que les patients se procurent auprès de tiers ou par eux-mêmes ne sont pas traités. La phase 2 ne permet pas aux patients de modifier la liste de médication de leur propre chef. Les patients peuvent introduire dans le DEP des modifications de la médication, c'est-à-dire l'ajout, le changement ou l'arrêt de médicaments ; ces documents sont cependant présentés séparément du plan de médication (« propres données »). Les patients peuvent toutefois faire valider l'ajout, le changement ou l'arrêt de ces médicaments par un professionnel de la santé qui les traite, afin de modifier leur plan de médication (recommandation 5).
- (f) Les dispositifs médicaux, tels que les déambulateurs, les pansements, ou tout autre dispositif non lié à une médication et prescrit sur ordonnance, seront examinés dans un autre contexte. Les dispositifs médicaux liés à la remise d'un médicament (par exemple, un inhalateur) sont abordés dans le présent document.
- (g) Droits d'accès : les utilisateurs (patients) peuvent gérer l'accès aux documents de leur DEP, y compris le plan de médication, par l'octroi de droits d'accès. Il est prévu que les droits d'accès s'appliquent à l'intégralité d'un plan de médication, c'est-à-dire que le plan de médication sera soit visible dans son ensemble, soit invisible. Il n'est pas possible d'octroyer des droits d'accès uniquement à certaines parties du plan de médication ou à certaines médications ou parties d'une médication (p. ex. motif du traitement). La liste de médication contient également un champ permettant d'ajouter des commentaires se référant à l'ensemble de la médication, c'est-à-dire des informations globales concernant la médication ou un groupe de médication de manière générale et non spécifique à un médicament. Ce champ peut notamment contenir

les indications suivantes : « difficulté à avaler » en référence aux médicaments à prendre par voie orale, « risque de chute », « traitement anticoagulant », « prédisposition génétique », etc.

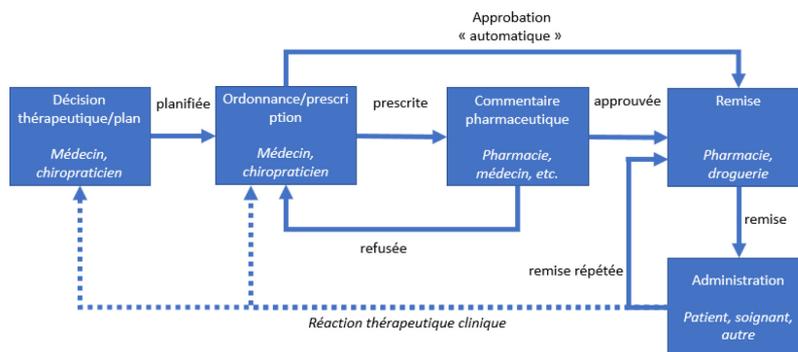
- (h) Les informations du plan de médication (phase 2) sont limitées quant à leur contenu et leur niveau de détail. Il n'est à l'heure actuelle pas possible de présenter toutes les informations détaillées de la thérapie. Il sera peut-être nécessaire de consulter dans d'autres documents des informations supplémentaires, notamment des Allergies, valeurs de laboratoire, des comorbidités, des informations génétiques, qui requièrent d'adapter la médication.

2 Bases de la cybermédication dans le cadre du DEP

2.1 Processus de médication

Un processus de médication contient une série d'informations ou de documents essentiels aussi bien pour le professionnel de la santé qui prescrit la médication que pour celui qui la remet. Seule la mise en relation de ces informations permet d'obtenir un aperçu complet de la médication actuelle d'un patient (illustration 1).

Processus de médication



Décision thérapeutique
Ordonnance
Commentaire
Remise
Prise

Illustration 1 : *Processus de médication pour un médicament. Chaque étape du processus génère un document. (Adapté de IHE Pharmacy, Technical Framework Supplement CMPD)*

Dans la phase 2, les informations de prescription (ordonnance) et de remise sont regroupées dans le document « *Medication Card document* », qui constitue une représentation du plan de médication actuel. Ce document contient donc l'ensemble des médicaments actuellement prescrits ainsi que ceux qui ont été remis (illustration 2). Les informations sur des médicaments spécifiques ou les éléments de données individuels de la médication ne sont pas représentés, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas être traités individuellement. L'affichage de la dernière version enregistrée du plan de médication offre une vue actualisée. Il n'est cependant pas possible de se fier à cette dernière version, car il existe des exceptions aux processus qui en limitent la fiabilité et l'exactitude (voir chapitre 3.6). Ainsi, il n'est pas possible de consulter le plan de médication à jour simplement en affichant la dernière version enregistrée. Malgré les restrictions potentielles, l'utilisation du format d'échange pose dès à présent des bases importantes.

Le document
Medication Card document

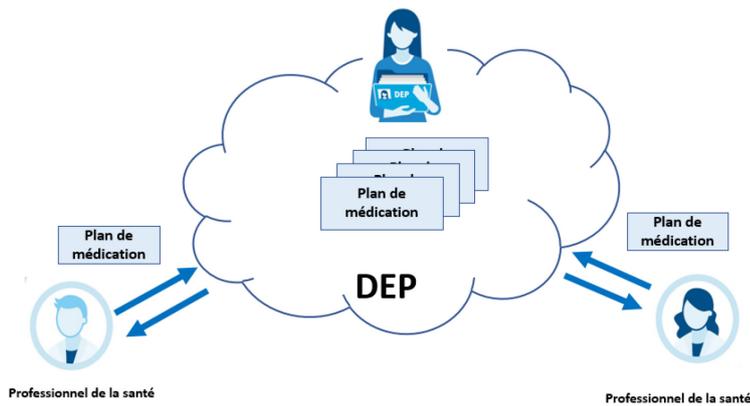


Illustration 2 : Au cours de la phase 2, un outil représentant une vue d'ensemble de la liste de médication en cours est enregistré au format document dans le DEP et mis à la disposition des utilisateurs sous la forme d'un plan de médication (« Medication Card document »). Chaque modification apportée à la médication génère une nouvelle version du document « Plan de médication ». Il n'est pas possible de recueillir des informations sur des médicaments spécifiques.

Le détail des informations sur les processus, par exemple la distinction entre les médicaments prescrits et les médicaments remis, n'est prévu que lors d'une prochaine phase. Les différents documents de cette phase permettront à l'avenir, à l'aide d'une logique spécifique, de générer une liste de la médication en vigueur pour un patient de manière ad hoc ou dynamique à partir du DEP (illustration 3). À l'aide de requêtes de recherche spécifiques, il sera possible, sur la base de ces documents, d'afficher non seulement la médication actuelle, mais aussi d'autres demandes ad hoc (p. ex. l'historique de la médication, les substitutions). Cela facilitera en outre l'affichage des modifications de la médication des patients au moyen d'un historique ou de différentes versions.

Les prochaines phases permettront d'effectuer des requêtes détaillées pour des médicaments spécifiques.

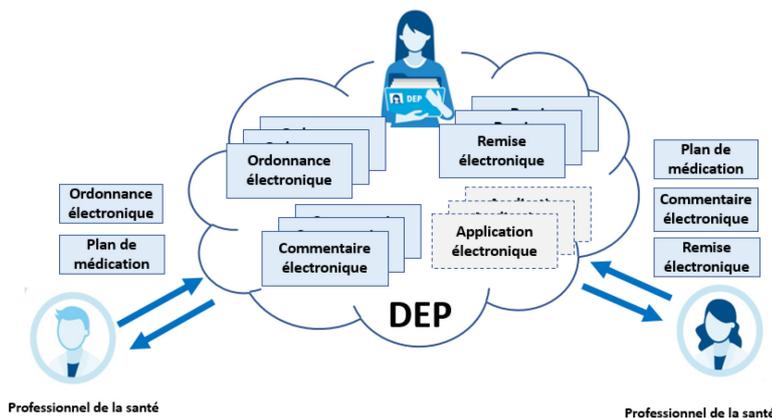


Illustration 3 : Les différents processus de médication génèrent des documents de prescription, d'ordonnance, de remise et de prise qui sont déposés dans le DEP. Le plan de médication est généré dynamiquement à partir de ces documents à l'aide d'opérateurs logiques. Il sera possible de recueillir des informations sur des médicaments spécifiques.

2.2 Conditions pour la cybermédication

L'**anamnèse** et la **conciliation médicamenteuses** (réconciliation) par le professionnel de la santé habilité à remettre les médicaments et disposant des connaissances nécessaires servent de bases pour établir et gérer un plan de médication à jour (recommandation 1). La conciliation médicamenteuse consiste à comparer les nouveaux médicaments prescrits avec les médicaments que le patient prend actuellement [8]. Cette vérification devrait avoir lieu à chaque prescription de nouveaux médicaments ou modification de la médication existante (p. ex. en ajustant le dosage). L'un des objectifs de la conciliation médicamenteuse consiste à établir un plan de médication à jour et correct.

Anamnèse et conciliation médicamenteuses

2.3 Objectifs de la cybermédication

Un plan de médication actualisé et aussi complet que possible a pour but de soutenir et d'informer activement les patients quant à l'usage de leur médication. La mise à disposition d'un plan de médication le plus exhaustif possible poursuit les objectifs suivants :

Objectifs

- augmentation de la sécurité lors de la prise de médicaments
- amélioration de l'information des patients
- centralisation des informations sur la liste de médication actuelle au sein d'une ressource unique
- renforcement de l'adhésion des patients à la prise de médicaments
- amélioration des possibilités de fournir des informations d'aide à la prise de décision, tenant potentiellement compte d'autres données de santé
- facilitation de la compréhension pour les patients et les professionnels de la santé grâce à une présentation standardisée
- disponibilité électronique des informations sur la médication pour les prochains professionnels de la santé (efficacité accrue, saisies de médication lisibles et aussi correctes que possible)
- accès facile et en tout lieu à des informations sur la médication aussi actuelles que possible pour les patients et les professionnels de la santé impliqués
- pas d'obligation d'identification du professionnel de la santé responsable ou compétent pour la médication (p. ex. si la dernière information est enregistrée par le médecin de famille ou à l'hôpital)
- accès plus rapide à la dernière médication même en cas d'urgence, en particulier lorsque la communication avec le patient est difficile ou impossible ; simplification de la reprise et du traitement électronique des informations sur la médication dans un système primaire grâce à la définition d'un format d'échange contraignant
- gestion et consultation des informations relatives à sa propre médication en un seul endroit (ce qui représente un avantage pour les patients)
- standardisation de la présentation, ce qui constitue une condition préalable pour que les professionnels de la santé ne passent pas à côté d'informations importantes et qu'ils puissent se repérer rapidement parmi les informations sur la médication.

2.4 Format d'échange *Medication Card document*

Le format d'échange *Medication Card document* décrit une spécification technique qui définit le contenu et le format des informations sur la médication. Le contenu du plan de médication est défini dans un format d'échange électronique permettant de partager les informations entre le DEP et les systèmes primaires (systèmes d'information du cabinet médical ou de la clinique, applications liées à la médication).

Medication Card document

Les informations du *Medication Card document* comprennent un ensemble de données standardisées de la cybermédication, qui doivent couvrir les utilisations et les représentations les plus courantes de la médication dans le domaine de la santé. Cela inclut les médicaments prescrits (sur ordonnance) et non prescrits, les médicaments d'urgence, la médication de réserve, ainsi que les autres substances et principes actifs (phytothérapie, suppléments, homéopathie, etc.) pris par le patient. Dans la phase actuelle, il n'est pas possible de représenter les cas particuliers (p. ex. les médications à prise unique ou progressive, les schémas d'administration complexes) de manière suffisamment structurée. L'ensemble de données standardisées sera développé si nécessaire, de manière à permettre de saisir davantage d'informations pertinentes sur la médication et de les réutiliser sous une forme structurée, voire codée (recommandation 21).

Ensemble de données standardisées

2.5 Avantages du format d'échange

L'utilisation du *Medication Card document* (phase 2) présente différents avantages pour tous les milieux concernés par l'échange d'informations sur la médication. Il s'agit d'une première étape, mais elle est importante pour uniformiser l'échange d'informations sur la médication au niveau national et pour établir une base permettant l'interopérabilité au moyen d'éléments de données structurés, voire codés, de la médication. La définition d'un ensemble de données communes et standardisées garantit que toutes les parties prenantes, patients inclus, ont accès à des informations homogènes qui ne servent pas uniquement à présenter l'état actuel de la médication, mais qui peuvent également être reprises dans d'autres « modules » du DEP. Cette transition est essentielle puisqu'elle permet d'améliorer l'efficacité des processus de médication pour toutes les personnes concernées, dans la mesure où les informations sur la médication ne doivent être saisies qu'une seule fois, mais peuvent être réutilisées de nombreuses fois – un véritable atout pour la sécurité des patients.

Avantages du *Medication Card document*

L'utilisation du format d'échange *Medication Card document* présente les avantages suivants :

- Le *Medication Card document* forme la base d'un plan de médication uniformisé au niveau national, pouvant servir d'instrument de communication entre tous les professionnels de la santé et les patients.
- Grâce au format d'échange, les patients disposent d'un plan de médication aussi à jour que possible, lisible et aussi complet que possible. Cela favorise leur adhésion et la compréhension de leur médication, tandis que l'accès au plan de médication renforce généralement leur sécurité [9].

- Le format d'échange soutient l'interopérabilité des informations sur la médication, ce qui permet de standardiser les données et de les réutiliser une fois enregistrées. Des interfaces appropriées prennent en charge la lecture et l'écriture des informations sur la médication.
- Des applications tierces peuvent être développées pour les patients et les professionnels de la santé. Elles seront capables d'accéder aux éléments du format d'échange et de les intégrer en s'appuyant sur la standardisation des informations sur la médication.
- Le *Medication Card document* pose les bases de la réutilisation des informations sur la médication, aussi bien pour modifier le plan de médication que pour utiliser les informations sur la médication dans d'autres applications de santé.
- Le processus de traitement des patients implique souvent différents professionnels de la santé ; ceux-ci ont besoin d'informations sur la médication sous une forme spécifique. Le format d'échange favorise un accès uniformisé au plan de médication des patients et encourage la gestion interprofessionnelle des informations sur la médication.

2.6 Limitations du format d'échange

Dans le cadre de l'introduction par phases du processus de cybermédication, plusieurs restrictions touchent le *Medication Card document* dans sa version actuelle (phase 2). Voici ci-dessous quelques exemples, donnés sans prétention d'exhaustivité :

Limitations du *Medication Card document*

- Le *Medication Card document* peut comprendre aussi bien les médicaments prescrits que les médicaments effectivement remis. Il n'est à l'heure actuelle pas possible de faire la distinction entre les deux.
- Le *Medication Card document* est un « instantané » des informations actuelles. De ce fait, il est difficile d'afficher les modifications de la médication. Celles-ci peuvent uniquement être déduites en comparant la version actuelle avec les versions précédentes du plan de médication.
- Le *Medication Card document* est un document global qui présente le plan de médication actuel des patients. Les modifications apportées à une médication, p. ex. l'ajustement du dosage ou de la durée, génèrent une nouvelle version du document, ce qui signifie que les modifications ne peuvent pas se rapporter à un seul médicament, mais concernent uniquement l'ensemble du document (cas d'application 18). Il s'agit d'une restriction mineure pour l'affichage du plan de médication, mais de taille pour l'utilisation du contenu des données.
- Dans sa forme actuelle, le *Medication Card document* comprend un ensemble de données standardisées. Les cas d'application complexes de la cybermédication ne peuvent pas être représentés de manière structurée.

2.7 Le Medication Card document dans le contexte de la cybermédication

Le format d'échange prévu dans les phases 1 et 2 permet de soutenir la transition d'un plan de médication papier à un plan de médication électronique disponible dans le DEP. Cependant, la phase actuelle ne permet pas encore d'exploiter pleinement le potentiel de la numérisation de tous les processus de médication, dont le dispositif d'aide à la décision informatisé. L'utilisation du format d'échange structuré de la phase 2 permet de faire appel à des aides simples dans des applications tierces, comme la vérification élémentaire des interactions ou des doubles prescriptions. Le recours à des dispositifs d'aide plus complexes n'est pas encore possible ou seulement de manière limitée, comme le contrôle de l'influence des valeurs de laboratoire critiques pour la médication, l'adaptation du dosage sur la base de la clairance de la créatinine, les dosages en fonction du poids chez les enfants, ou les avertissements en cas d'allergies et d'intolérances connues. Ce n'est qu'en réalisant des dispositifs d'aide plus complexes qu'il sera possible de satisfaire l'espoir d'améliorer la sécurité des patients dans les processus de médication, y compris la prescription, l'ordonnance, la remise et la prise.

Numérisation des processus de médication

De nombreux systèmes primaires disposent déjà d'un enregistrement extrêmement structuré des données sur la médication et proposent des dispositifs d'aide. Lors de l'importation ou de la lecture des informations enregistrées dans le format d'échange, les informations qui ne sont pas disponibles dans le format d'échange ne peuvent toutefois pas encore être affichées. C'est pourquoi de nombreuses informations sont perdues (lecture) ou indisponibles (importation) lors de ce processus. Un post-traitement manuel peut s'avérer nécessaire, notamment en transférant les informations du champ de commentaires du format d'échange dans un formulaire structuré d'un système primaire. Il faut espérer que les futures versions du format d'échange seront capables de mieux refléter le niveau de détail des systèmes primaires. Les fournisseurs de systèmes primaires sont invités à intégrer rapidement le format d'échange dans leurs systèmes et à procéder, si nécessaire, aux *mappings* correspondants des formats utilisés dans le système primaire, afin que le format d'échange puisse soutenir l'interopérabilité en sa qualité de format standard.

Échange de données avec les systèmes primaires

2.8 Applications tierces

Le contenu du format d'échange sert à l'échange électronique de données entre les professionnels de la santé impliqués dans le processus de médication. Des applications tierces peuvent recourir à ces données pour fournir, par exemple, des documents compréhensibles et conçus pour informer les patients sur leur médication et les aider à prendre leurs médicaments correctement.

Applications tierces

Les documents créés par des applications tierces peuvent en outre être stockés dans le DEP, notamment au format PDF ou sous une forme lisible similaire. Notons toutefois que les informations contenues dans ces documents peuvent différer de celles enregistrées dans le format d'échange. De

plus, les documents lisibles générés par les applications tierces représentent un instantané de la médication et ne sont pas contraignants, contrairement aux informations enregistrées dans le format d'échange. Lorsqu'elles les enregistrent dans le DEP, les applications qui génèrent des documents lisibles devraient donc stocker les informations contenues dans ces documents sous une forme conforme au *Medication Card document*. Par analogie, les systèmes primaires ou les applications tierces devraient également avoir la possibilité de lire les informations au moyen du format d'échange. Toutefois, si des applications tierces ou des systèmes primaires continuent d'utiliser les processus de la phase 1 (enregistrement du plan de médication sous forme de scan, photo, etc.), il devient très laborieux pour le prochain professionnel de la santé de créer un document représentant le format d'échange de la phase 2. Cela compliquerait fortement la transition vers une cybermédication structurée (recommandations 3 et 8).

2.9 Expériences faites à l'étranger : Allemagne et Autriche

En Allemagne, le plan de médication uniformisé au niveau fédéral (*bundeseinheitliche Medikationsplan* ou BMP) présente la médication actuelle de l'assuré de manière complète, claire et compréhensible pour le patient, sous une forme standardisée. Il a pour objectif de mettre à la disposition des assurés un plan de traitement compréhensible et interprétable, qui les aide à prendre correctement leur médication. Les personnes assurées auprès des caisses d'assurance maladie légales qui se voient prescrire au moins trois médicaments ont droit, depuis le 1^{er} octobre 2016, à un BMP au format papier (§ 31a SGB V).

Expériences en Allemagne

Les médecins conventionnés participant à la prise en charge médicale des assurés sont tenus d'informer ces derniers de ce droit lorsqu'ils leur prescrivent des médicaments [10].

Le BMP contient les médicaments prescrits à l'assuré soit sur ordonnance, soit vendus uniquement en pharmacie. D'autres médicaments peuvent être ajoutés à la demande de l'assuré s'ils sont remis par une pharmacie, dans la mesure où celle-ci estime qu'un motif pharmaceutique le justifie.

Le plan de médication fournit également des informations sur le principe actif, le nom commercial, la puissance, la forme, la posologie (matin, midi, soir, nuit), l'unité, les indications de prise. L'indication du principe actif permet aux patients de reconnaître le médicament si ce dernier a été remplacé par un générique en pharmacie. Si la puissance est indiquée dans la dénomination commerciale du médicament, cette information ne doit pas être enregistrée dans le BMP. En effet, plusieurs fournisseurs d'informations sur les médicaments existent en Allemagne, et il est arrivé que l'indication dans le champ « puissance » de leurs informations diffère de la puissance cliniquement pertinente dans la dénomination commerciale, ce qui a conduit à des malentendus. Par ailleurs, la substance active ne doit pas être indiquée sous forme de sel ou d'hydrate dans le BMP, mais en désignant la substance fondamentale (en général la base, p. ex. metformine plutôt que chlorhydrate de metformine).

Le médecin de famille ou le spécialiste traitant s'occupent généralement de la création initiale du plan de médication. La responsabilité des médicaments prescrits incombe au médecin prescripteur. Le médecin peut mettre à jour le plan de médication, tandis qu'une modification par la pharmacie ne l'oblige pas à actualiser le plan de médication. En cas de mise à jour, ce dernier est lu à l'aide d'un code matriciel 2D imprimé sur ledit plan de médication. Un module logiciel (module MP) signale les différences par rapport au plan de médication enregistré dans le système primaire et offre la possibilité d'accepter ou de refuser les modifications.

En Autriche, les médecins conventionnés sont tenus d'enregistrer les médicaments prescrits dans ELGA sous la forme d'une liste de médication électronique depuis 2018, dans le cadre d'une introduction par étapes. La transmission à la pharmacie a lieu sous forme d'une ordonnance papier contenant un code matriciel 2D qui permet de lire l'ordonnance dans le dossier ELGA du patient. Les pharmacies ont également la possibilité d'enregistrer dans la liste de médication électronique du patient les médicaments remis en vente libre, s'il existe un risque d'interaction. Les patients peuvent consulter leur liste de médication électronique via le portail ELGA. Les médecins peuvent, indépendamment du fait qu'ils aient prescrit le médicament, modifier les entrées de la liste de médication électronique.

Expériences en Autriche

La liste de médication électronique se compose de deux blocs : « Médicaments distribués » et « Médicaments prescrits/ordonnances ouvertes ». Chaque colonne contient des informations sur le nom du médicament, le dosage et tout renseignement supplémentaire sur la prise. En outre, une mention indique la date et l'auteur de la prescription ainsi que le moment de remise en pharmacie. En principe, les enregistrements dans la liste de médication électronique sont structurés. Quatre variantes sont prévues pour la saisie du dosage :

- dosage journalier (p. ex. 2 unités par jour, 200 mg par semaine)
- dosage individuel (p. ex. 2 – 0 – 1 – 0, par jour)
- dosage journalier administré certains jours (p. ex. 2 unités par semaine, le mardi et le jeudi)
- dosage individuel administré certains jours (p. ex. 1 – 0 – 1 – 0 par semaine, le lundi et le vendredi)

La durée du traitement est indiquée par deux dates-clés (début du traitement, fin du traitement). La saisie mentionne également quel professionnel de la santé (y compris sa spécialisation) a prescrit le médicament et a remis le médicament au patient. Des informations complémentaires (difficultés de livraison, prise en cas de besoin, administration par voie orale, etc.) sont également documentées de manière structurée.

3 Aide à la mise en œuvre

L'aide à la mise en œuvre décrit (a) les cas d'application les plus fréquents en lien avec le *Medication Card document*, (b) le contenu du *Medication Card document* et les informations pouvant être saisies dans les différents champs de données disponibles, (c) la gestion des cas exceptionnels qui ne peuvent pas encore être représentés dans le format d'échange actuel

Contenu de l'aide à la mise en œuvre

et, enfin, (d) les aspects d'exhaustivité, de gestion des versions, de fiabilité et de responsabilités quant à l'exactitude des informations lors de l'utilisation du *Medication Card document*.

3.1 Cas d'application en lien avec le *Medicament Card document*

Dans le contexte du traitement des patients, de nombreux professionnels de la santé sont amenés à utiliser le Medication Card document. Étant donné que tous les professionnels de la santé ne participent pas encore au DEP ou n'appliquent pas encore exhaustivement le format d'échange, différentes situations peuvent se présenter lors de l'application du plan de médication ; celles-ci influencent les processus d'établissement et de suivi du plan de médication. Le tableau 1 présente les cas d'utilisation les plus fréquents – sans toutefois prétendre à l'exhaustivité. À l'annexe, les processus en lien avec les différents cas d'application sont illustrés sous forme de graphiques.

Cas d'application

Tableau 1: Les applications les plus fréquentes avec le Medication Card document

Nr.	Processus	Professionnel de santé prescripteur	Participation au DEP	Professionnel de la santé remettant	Participation au DEP	Résultat
1	Anamnèse et comparaison de la médication		n/a	n/a	n/a	Liste consolidée des médicaments
2	Prescription aux patients			n/a	n/a	Les informations sur les ordonnances apparaissent dans la liste de médication
3	Remise directe de médicaments	ou		ou		Le médicament apparaît sur la liste de médication
4	Remise directe de médicaments	ou		ou		Le médicament n'apparaît pas sur la liste de médicaments
5	Ordonnance au patient, remise en pharmacie					Le médicament n'apparaît pas sur la liste de médicaments
6	Ordonnance au patient, remise en pharmacie					La médication apparaît sur la liste de médicaments
7	Ordonnance au patient, remise en pharmacie					Le médicament prescrit apparaît sur la liste de médication ; Pas de remise
8	Ordonnance au patient, remise en pharmacie					Le médicament n'apparaît pas sur la liste de médication
9	Remise sans ordonnance	n/a	n/a			La médication apparaît sur la liste de médicaments
10	Utilisation Document de la phase 1					Liste de médication dans le DEP sous forme de photo, PDF, scan, etc..

11 12	Ajouter un Médicament par Patients	n/a	n/a	n/a	n/a	La médication apparaît sur la liste de médication ; validation par le médecin / pharmacien
13	Entrée en séjour stationnaire	n/a	+	n/a	n/a	Consultation de la liste de médicaments pour l'anamnèse de la médication
14	Sortie de séjour stationnaire		+	n/a	n/a	Le médicament prescrit apparaît sur la liste de médication ; Pas de remise
15	Sortie hospitalisation avec médicament de transition		+		+	Le médicament prescrit apparaît sur la liste de médication ; Pas de remise
16	Transfert d'un séjour stationnaire à un séjour	 1	+	 2	+	A la sortie de l'hôpital 2, le médicament prescrit apparaît sur la liste des médicaments; pas de remise
17	Remise unique de médicaments	  	+	  	+	La remise unique n'apparaît pas sur la liste de médication
18	Changement de la Information sur la médication	 	+	n/a	n/a	Informations adaptées dans la liste de médicaments
19	Retraits répétés	n/a	n/a		+	Les nouvelles informations sur la médication apparaissent sur la liste de médication

Légende:

 Médecin  Pharmacie  Droguerie  Hôpital

3.2 Contenu du *Medication Card Document*

Les recommandations nationales en matière de formats d'échange, y compris l'ensemble de la documentation pertinente dans ce contexte, sont publiées sur le site Internet d'eHealth Suisse après leur adoption par le comité de pilotage. eHealth Suisse met en outre à disposition les ensembles de valeurs (*valuesets*) et les règles Schématron correspondantes sur la plateforme ART-DECOR². À l'heure actuelle, la spécification relative à la cybermédication existe sous deux formes sémantiques : CDA-CH-EMED³, basée sur la norme HL7 *Clinical Document Architecture*, et CH EMED, basée sur la norme HL7 FHIR⁴.

Étant donné que les spécifications se distinguent uniquement par le langage de modélisation, les mêmes contenus peuvent être saisis dans le *Medication Card document*. Une exception réside dans le fait qu'à l'inverse de CDA-CH-EMED, CH EMED définit des extensions qui permettent d'indiquer les schémas posologiques complexes. Les paragraphes suivants traitent de la spécification CDA-CH-EMED.

Le *Medication Card document* et la spécification CH-EMED sont équivalents

² <http://e-health-wiki.ch/index.php/Ehscda:Artdecor-governance>

³ [http://e-health-wiki.ch/index.php/Ehscda:CDA-CH-EMED_\(specification\)](http://e-health-wiki.ch/index.php/Ehscda:CDA-CH-EMED_(specification))

⁴ <http://fhir.ch/ig/ch-emed/index.html>

1. **Nom du produit:** désignation du nom complet du nom commercial ; l'application logicielle propose généralement une liste de choix. Cette dénomination peut être sélectionnée via la liste des spécialités de l'OFSP, la base de données des articles de la fondation Refdata, le système de publication d'informations sur les médicaments ou une solution proposée dans le commerce. Ces bases de données contiennent exclusivement des médicaments autorisés en Suisse. Les médicaments autorisés et commercialisés dans d'autres pays (p. ex. les pays frontaliers) ne figurent pas dans les bases de données et doivent être saisis manuellement. Nom du produit

2. **Nom du principe actif :** désignation du principe actif délivré. L'application logicielle propose généralement une liste de choix ; il est toutefois également possible de saisir une entrée sous forme de texte libre. Cette option peut s'avérer nécessaire dans certains cas, par exemple lorsqu'un médicament ne figure pas dans l'application logicielle, qu'il s'agit d'un médicament étranger ou qu'une préparation magistrale est disponible. Le principe actif saisi sous forme de texte libre doit être listé de sorte que le patient puisse le reconnaître sur l'emballage ou autre contenant similaire. Nom du principe actif

3. **Quantité de principe actif par unité (dose par unité) :** représente la quantité de principe par unité indiquée sur l'emballage (p. ex. 500 mg de paracétamol par comprimé). L'application logicielle propose généralement une liste de choix des puissances de principes actifs les plus fréquentes ; il est toutefois également possible de saisir une entrée sous forme de texte libre. Nous recommandons d'indiquer la puissance de la substance active (base) sans sel, sans hydrate, etc. (recommandation 6). Si le médicament est substitué par un générique il faut prendre soin d'adapter la puissance d'action (par rapport à la base) en conséquence. En cas de raccordement du plan de médication au système primaire, il faut donc toujours tenir compte de la puissance de la substance active issue de la banque de données sur les médicaments, sauf si celle-ci ressort du nom commercial. Quantité de principe actif par unité de la substance active

4. **Forme d'administration :** l'application logicielle propose généralement une liste de choix (p. ex. comprimés, gouttes, suppositoires, etc.) ; il est toutefois également possible de saisir une entrée sous forme de texte libre. Forme d'administration

5. **Dosage (y compris unité) :** l'application logicielle propose généralement une liste de choix ; il est toutefois également possible de saisir une entrée sous forme de texte libre. Le champ de commentaires permet de décrire les schémas posologiques complexes, tels que les dosages progressifs ou dégressifs, les heures de prise particulières, les schémas spécialement structurés (insuline, etc.), ou de renvoyer à un document séparé (« voir plan séparé »). Il peut en outre être utilisé pour donner des indications sur d'autres cas non couverts concernant les informations de dosage, tels que la médication de réserve (« en réserve ») ou la médication d'urgence. Les champs ci-après « Dos.matin », « Dos.midi », « Dos.soir » et « Dos.nuit » décrivent l'unité de dosage associée au moment de la prise. Dosage

6. **Instructions d'utilisation** : ce champ permet de saisir la voie d'administration de la médication. L'application logicielle propose généralement une liste de choix des voies d'administration les plus fréquemment utilisées (orale, parentérale, percutanée, intramusculaire, etc.). Instructions d'utilisation
7. **Commentaires/indications** : ce champ permet de saisir différents commentaires qui n'entrent dans aucune autre catégorie, complètent les informations sur la médication ou contiennent des informations pertinentes pour la médication (indications concernant la prise, horaire de prise, renvoi à un plan séparé, restriction de l'aptitude à la conduite, stockage, év. durée prévue de la prise, etc.). Afin de faciliter la lisibilité et la compréhension du plan de médication, le champ de commentaires doit comporter uniquement des informations essentielles et qui ne peuvent être saisies dans aucun autre champ. Commentaires au sujet de la médication
8. **Durée d'utilisation** : ce champ permet de saisir les dates de début et de fin de la prise de la médication lors de la remise de manière lisible et compréhensible pour le patient (recommandation 12). Il peut être utile d'y ajouter une mention explicite pour les médicaments à long terme. Durée d'utilisation
9. **Motif du traitement** : ce champ permet de saisir l'indication ou le motif du traitement. Dans la pratique actuelle, l'indication n'est toutefois que rarement mentionnée. Afin de faciliter l'introduction et l'utilisation du format d'échange, ce champ peut contenir des termes cliniques ou être formulé sous une forme compréhensible pour le patient. Idéalement, il comprend des informations cliniques structurées ou codées (diagnostic ou problème identifié) qui peuvent revêtir une importance particulière pour le traitement électronique des informations sur la médication. Motif du traitement

Le *Medication Card document* comprend en outre un champ de commentaires destiné aux informations et indications générales sur la médication. Il est possible d'y saisir des indications générales valables pour l'ensemble de la médication ou pour certains groupes de principes actifs, et pas uniquement pour des médicaments individuels.

Champ de commentaires destiné aux indications générales en lien avec le plan de médication

Tableau 2 : éléments de données standardisés du Medication Card document

Nom technique	Exemple	Structure	Caractère facultatif
Nom du produit	Beloc Zok Ret Tbl 25 mg	Texte libre, si possible codé	obligatoire ²
Nom du principe actif ¹	Métoprolol	Texte libre, si possible codé	obligatoire ²
Forme d'administration	Ret Tbl	Tableau de valeurs SNOMED, texte libre	facultatif
Dose par unité	25 mg	Nombre avec tableau de valeurs pour les quantités indiquées, texte libre	facultatif

Dosage	1 le matin et 1/2 le soir Prendre le comprimé	Texte libre	facultatif
Dos.matin	1	Nombre	facultatif
Dos.midi	0	Nombre	facultatif
Dos.soir	0,5	Nombre	facultatif
Dos.nuit	0	Nombre	facultatif
Instructions d'utilisation	Voie orale	Tableau de valeurs, p. ex. SNOMED-CT, texte libre	facultatif
Commentaire	-	Texte libre	facultatif
Durée d'utilisation	14.8.2021 – 19.8.2021 3 mois à partir du 8.2.2021	Heure de début / de fin, date	facultatif
Motif du traitement	Hypertension artérielle	Texte libre, si possible codé	facultatif

¹ En Suisse, la prescription s'effectue aujourd'hui en principe sur la base du nom du produit, et non du principe actif. À l'avenir, une prescription fondée sur le principe actif serait préférable, car les systèmes d'aide à la décision fonctionnent sur la base des principes actifs. Le choix du produit lui-même restera pertinent, car des produits présentant les mêmes principes actifs peuvent contenir différents excipients susceptibles de provoquer des intolérances (recommandation 20).

² Il est obligatoire d'indiquer soit l'élément de données « nom du produit », soit l'élément de données « principe actif ».

Prescription fondée sur le principe actif vs prescription fondée sur le produit

3.3 Caractère facultatif, structuration et dépendances

3.3.1 Caractère facultatif, structuration et dépendances

Seul le nom du produit ou du principe actif est obligatoire dans le format d'échange (recommandation 10). Bien que les autres champs soient facultatifs, il est essentiel de saisir des informations aussi complètes que possible du point de vue de la sécurité du patient et du devoir de diligence du professionnel de la santé habilité à remettre la médication.

Indications facultatives dans le *Medication Card document*

3.3.2 Structuration

Dans la phase 2, il est possible de saisir des informations sous forme de texte libre dans la majorité des champs du format d'échange CDA-CH-EMED. Ce procédé favorise l'affichage et la lisibilité des informations pour les patients et les professionnels de la santé. Le format d'échange n'a pas pour objectif le traitement ultérieur des données, comme la validation électronique et l'évaluation par des systèmes décisionnels assistés par ordinateur. Ce dernier doit donc être réalisé par le biais d'applications tierces. Si le principe de la saisie unique et de

Structuration d'éléments de données

l'utilisation multiple n'est que partiellement applicable avec le format d'échange, il en constitue toutefois une base importante.

Il serait souhaitable qu'à l'avenir, le plus grand nombre possible d'éléments de données soient saisis dans le *Medication Card document* dans un format structuré ou codé et qu'une terminologie de référence (internationale) soit appliquée (recommandation 21). Il restera toujours nécessaire de pouvoir effectuer des saisies sous forme texte libre ; celles-ci devraient toutefois se limiter à certains cas exceptionnels qui ne peuvent pas être structurés ou codés.

3.3.3 Dépendances logiques des éléments de données

Les contenus des champs du format d'échange ne présentent aucune interdépendance. Le format d'échange permet par exemple de saisir des informations incompatibles (forme d'administration « comprimé » et voie d'administration « intraveineuse »). Les systèmes primaires et les utilisateurs doivent s'assurer de la cohérence des informations saisies, aucune validation par le format d'échange lui-même n'étant prévue. Une telle validation n'est possible qu'au niveau sémantique et technique, mais pas au niveau du contenu. La présence d'éléments de données structurés ou codés facilite la validation des dépendances ; celle-ci n'est toutefois pas définie dans les formats d'échange, mais mise en œuvre par des applications tierces de niveau supérieur. Seule la combinaison de la structuration ou du codage des éléments de données avec des validations permet d'obtenir l'effet escompté en termes de sécurité des patients.

Dépendances logiques des éléments de données

3.3.4 Ordre des éléments de données du plan de médication

L'ordre des champs contenus dans le format d'échange n'est pas défini. Lors de l'impression du *Medication Card document* ou de l'emploi par des applications tierces, il serait souhaitable que la présentation respecte un ordre à définir (recommandation 11). Cela faciliterait la lecture et la comparaison des plans de médication par les professionnels de la santé et les patients et réduirait la probabilité d'interprétations erronées.

Ordre des éléments de données

3.4 Traitement des cas non couverts

La version actuelle du format d'échange *Medication Card document* ne permet pas de représenter tous les cas d'application des différents médicaments. L'aide à la mise en œuvre présente une solution transitoire pour l'application de ces cas non couverts. L'énumération suivante, non exhaustive, décrit brièvement les cas non couverts les plus fréquents et en propose une possibilité de représentation dans le *Medication Card document*. Dans de nombreux cas, le champ de commentaires peut être utilisé pour l'ajout d'informations en lien avec ces cas non couverts.

Solutions pour les cas non couverts

Préparations combinées

Les préparations combinées sont composées de plusieurs principes actifs et sont en règle générale prescrites sur la base du nom du produit. Il est également possible de saisir ou de prescrire les différents principes actifs d'une préparation combinée à la place du nom du produit, mais cela requiert l'utilisation d'une terminologie permettant de représenter la combinaison des différents principes actifs contenus dans la préparation (p. ex. code pour les combinaisons contenant des pénicillines).

Médications contenant plus d'un principe actif

Durant la phase 2, le nom du produit pour les préparations combinées ou les différents principes actifs de la préparation peuvent être saisis sous forme de texte libre.

Médication d'urgence

Les médicaments d'urgence ne sont utilisés que sporadiquement ou dans les situations d'urgence, et ces saisies sont susceptibles de ne pas contenir toutes les informations figurant sur une ordonnance habituelle. Les stylos d'adrénaline ou de glucagon en sont des exemples.

Médication d'urgence

Durant la phase 2, il convient d'indiquer les champs habituels pour une médication d'urgence. En plus le champ de commentaires doit contenir une mention selon laquelle il s'agit d'une médication d'urgence. Les instructions d'utilisation correspondantes peuvent également être décrites dans ce champ.

Médicaments de réserve

Les médicaments de réserve ne sont utilisés que sporadiquement ou dans les situations particulières, et ces saisies sont susceptibles de ne pas contenir toutes les informations figurant sur une ordonnance habituelle.

Médication de réserve

Durant la phase 2, il convient d'indiquer les champs habituels pour une médication d'urgence. En plus le champ de commentaires doit contenir une mention selon laquelle il s'agit de médicaments de réserve. Les instructions d'utilisation correspondantes peuvent également être décrites dans ce champ.

Instructions de dosage complexes

Les instructions de dosage complexes se distinguent des schémas de prise les plus courants ; elles peuvent devenir très délicates et avoir recours à des posologies distinctes (p. ex. intervalles, adaptations de dosage, etc.).

Instructions de dosage

Durant la phase 2, les instructions d'utilisation peuvent être consignées dans le champ « posologie » et/ou le champ de commentaires. Les champs d'application habituels destinés au dosage peuvent rester vides. Il est possible d'établir un document séparé pour les schémas très complexes ; le champ de commentaires doit alors contenir une mention renvoyant à celui-ci.

Dosages progressifs/dégressifs

Les dosages progressifs prévoient la prise de doses croissantes de médication jusqu'à atteindre la posologie habituelle. En fin de traitement, une posologie décroissante est appliquée.

Médication progressive/dégressive

Durant la phase 2, le schéma de prise peut être décrit dans les champs prévus à cet effet. Il est possible d'ajouter des informations ou instructions supplémentaires sur le dosage progressif et dégressif dans le champ de commentaires ou dans un document séparé ; le champ de commentaires doit alors contenir une mention renvoyant à celui-ci.

Heures de prise divergentes

L'utilisation de certains médicaments peut diverger des schémas d'utilisation habituels. Il peut s'agir d'horaires spécifiques ou associés à un repas (« 1 heure avant le repas », « 15 minutes avant le coucher »).

Heures de prise divergeant des schémas habituels

Durant la phase 2, les instructions d'utilisation divergentes peuvent être consignées dans le champ de commentaires.

Instructions d'utilisation supplémentaires

Certains médicaments sont soumis à des instructions d'utilisation particulières. Exemples :

- Diluer dans l'eau avant la prise
- Ne pas prendre plus de 6 comprimés en 24 heures
- En cas de douleur, prendre jusqu'à 6 comprimés en 24 heures
- Conserver à l'abri de la lumière
- Avaler les comprimés en entier, ne pas mâcher
- Laisser fondre sous la langue
- Prendre à jeun

Autres instructions d'utilisation

Les tableaux de valeurs de HL7/FHIR⁵ basés sur SNOMED CT contiennent d'autres exemples d'instructions d'utilisation structurées. Durant la phase 2, les instructions d'utilisation peuvent être consignées dans le champ de commentaires.

Comprimés divisés

Il est possible que l'utilisation des comprimés ou les unités de mesure soient indiquées en fractions.

Au cours de la phase 2, il convient d'appliquer, dans la mesure du possible, des directives et recommandations internationales pour l'utilisation de valeurs fractionnaires, p. ex. « 0,5 » au lieu de « ½ ».

Comprimés divisés

Préparations magistrales et productions individuelles

Les préparations individuelles (médicaments exemptés d'autorisation de mise sur le marché) continueront d'être utilisées, p. ex. « pommade à l'hydrocortisone selon prescription » ou « sirop contre la toux Pektoplant 200 ml ».

Les productions individuelles peuvent être saisies sous forme de texte libre (champ destiné au principe actif). Au cours de la phase 2, les informations divergentes et complémentaires peuvent être saisies dans le champ de commentaires.

Préparations magistrales

Immunisation et usage unique

Les immunisations et les usages uniques sont des médications qui ne sont prescrites et utilisées qu'une seule fois. Bien que les processus habituels de médication soient appliqués, elles ne figurent en règle générale pas dans le plan de médication, car elles ne sont plus valables après la première utilisation (cas d'application 17). Exemples : bain de bouche en cas de muguet buccal, Lasix à usage unique, usage unique en cas d'infection des voies urinaires.

Immunisations et usages uniques

Durant la phase 2, il est recommandé de ne pas inscrire les immunisations et les usages uniques sur le *Medication Card document* ou dans le plan de médication. Des exceptions sont prévues pour certaines utilisations dont le principe actif a une durée d'action prolongée.

Médication à libération prolongée

⁵ <http://hl7.org/fhir/ValueSet/additional-instruction-codes>

Les médicaments à libération prolongée sont utilisés une seule fois et libèrent leur principe actif sur une période prolongée après leur utilisation.

Médication à libération prolongée

Durant la phase 2, une description claire doit être saisie dans le champ de commentaires, de sorte que la durée de l'effet soit clairement visible.

Modifications temporaires de la médication

Parfois, la médication doit être adaptée pour une durée limitée. Cette adaptation peut se traduire par une réduction de la dose, une suspension temporaire, etc.

Modifications temporaires de la médication

Au cours de la phase 2, ces mesures provisoires doivent être inscrites dans le champ de commentaires. Une fois évaluées par le professionnel de la santé, ces modifications peuvent être consignées directement dans le format d'échange en tant que nouvelle entrée afin d'éviter toute confusion chez les patients et les personnes responsables du suivi.

Dispositif médical prescrit avec un médicament

Souvent, des dispositifs médicaux tels que des inhalateurs, du matériel de pansement, etc. sont prescrits en combinaison avec les médicaments.

Avec médicament prescrit Dispositifs médicaux

Au cours de la phase 2, il n'est pas nécessaire de lister ces dispositifs (interprétés de manière autonome, et non en tant que médication), mais il convient de les mentionner dans le champ de commentaires avec les instructions correspondantes.

Remise de médicaments à court terme à titre de transition

Après une sortie de séjour hospitalier, il est possible que certains médicaments soient remis au patient en vue de garantir la continuité d'une médication hospitalière ou de pouvoir commencer immédiatement avec une médication supplémentaire (cas d'application 15).

Médicaments de transition

Au cours de la phase 2, cette médication de transition peut être documentée au moyen d'une combinaison d'entrées portant sur la durée et d'entrées dans le champ de commentaires (p. ex. « analgésiques pour dix jours, la patiente a reçu des médicaments pour deux jours à titre de transition »).

Indications pertinentes pour la médication

Parfois, l'utilisation de certains médicaments peut s'accompagner de restrictions (p. ex. risque de chute, restriction de l'aptitude à la conduite ou à l'utilisation de machines, interactions avec la prise d'autres médicaments, indications sur les effets secondaires). Les indications peuvent être de nature générale, c'est-à-dire s'appliquer à l'ensemble de la médication, ou concerner uniquement certaines substances ou certains groupes de principes actifs.

Champ de commentaires destiné aux indications

Au cours de la phase 2, ces indications doivent être consignées de manière claire dans le champ de commentaires directement lié à la médication ou dans celui se rapportant au plan de médication. Le professionnel de la santé compétent doit examiner avec soin si une indication concerne une médication spécifique, ou si elle a une portée générale ou s'applique à un groupe de principes actifs. Les indications générales (difficultés de déglutition, risque de chute, informations pharmacogénétiques, etc.) valables pour tous les médicaments doivent être consignées dans le champ de commentaires global portant sur l'ensemble du *Medication Card document*. Les indications spécifiques à la médication peuvent quant à elles être saisies dans le champ de commentaires directement lié à la médication.

Médication à long terme

De nombreux médicaments sont prescrits implicitement en tant que médication à long terme, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'une modification soit nécessaire. Initialement, une durée limitée est spécifiée sur l'ordonnance. Celle-ci ne mentionne souvent pas explicitement qu'il s'agit d'une médication à long terme. Les pharmacies peuvent remettre des médicaments durant une année, sans devoir disposer d'une nouvelle ordonnance médicale. Il serait judicieux d'examiner si les médications à long terme doivent être désignées explicitement en tant que telles dans le plan de médication afin que la durée totale de la prescription (nombre de retraits répétés) soit sans équivoque. La mention explicite (a) de la durée prévue du traitement (éventuellement avec la mention « médication à long terme »), (b) de la date initiale de début/de fin de la première administration et (c) du nombre d'administrations répétées permet d'obtenir une représentation explicite de la durée du traitement et de l'état actuel de la médication. Cette procédure permet aux applications tierces de proposer des services supplémentaires aux patients, tels que des rappels indiquant la fin de la médication, des rappels pour la prise de rendez-vous médicaux, etc. La représentation explicite de la durée permet d'améliorer l'adhésion des patients et de réduire le nombre de situations peu claires lors de l'administration de médicaments.

Médication à long terme

3.5 Informations supplémentaires en lien avec l'utilisation du *Medication Card document*

Liste des professionnels de la santé autorisés à prescrire et à remettre des médicaments

Les professionnels de la santé autorisés à prescrire et à remettre des médicaments ne sont pas mentionnés dans le format d'échange. Seules les informations concernant les auteurs des entrées du *Medication Card document* y figurent. Si un professionnel de la santé prescrivant et/ou délivrant un médicament doit être mentionné, il est possible d'utiliser le champ de commentaires prévu à cet effet.

Professionnel (de la santé) prescrivant des médicaments

Volonté du patient de ne pas voir figurer un médicament sur la liste

Parfois, le patient émet le souhait de ne pas voir certains médicaments figurer dans le *Medication Card document*. Il n'est pas possible de masquer certains médicaments ou éléments de la médication : le patient peut uniquement masquer l'ensemble des informations sur la médication, c'est-à-dire tous les plans de médication existants (et non des plans de médication individuels) ou en limiter la consultation.

Consultation du plan de médication

À l'heure actuelle, si un plan de médication n'est pas disponible ou visible dans le DEP, les professionnels de la santé ne peuvent pas distinguer si le patient ne possède pas de plan de médication ou si celui-ci n'est pas consultable. Cette situation peut, dans les situations d'urgence en particulier, compromettre le traitement ou entraîner une surcharge de travail. Au cours des phases futures, il conviendrait d'examiner la mise en place d'un indicateur (« flag ») dans le DEP pour les informations sur les médicaments disponibles, mais non visibles (recommandation 9). Cette option permettrait aux professionnels de la santé de différencier rapidement les informations non disponibles de celles masquées.

Étiquette de la pharmacie sur l'emballage

Les pharmacies apposent des informations d'utilisation sur les emballages des médicaments délivrés. Le *Medication Card document* et les applications tierces basées sur ce dernier ne peuvent pas remplacer ces informations.

Étiquettes d'emballage

Utilisation de codes-barres

L'utilisation de codes-barres ou de codes 2D n'est pas prévue par le format d'échange *Medication Card document*, mais peut être proposée en tant que service supplémentaire par le biais d'applications tierces.

Utilisation de codes

3.6 Exhaustivité, responsabilité, version et fiabilité

3.6.1 Exhaustivité des informations sur la médication

Par exhaustivité des informations sur la médication, on entend la disponibilité de toutes les informations sur la médication qui sont nécessaires à l'ensemble des processus et acteurs fondamentaux afin de décrire la médication de manière univoque.

À l'heure actuelle, la participation au DEP de tous les professionnels de la santé impliqués dans le processus de médication ne peut être présumée. Il n'est par conséquent pas possible de garantir l'exhaustivité et l'actualité des informations (version). Il serait envisageable d'ajouter une mention (« disclaimer ») sur chaque plan de médication concernant l'exhaustivité et la fiabilité du document (recommandation 2). Tant les documents de la phase 1 que ceux de la phase 2 n'assurent en aucun cas l'exhaustivité d'un plan de médication.

Le format électronique d'un plan de médication ne doit pas amener à penser que les informations sur la médication sont complètes. Conformément aux principes du devoir de diligence des professionnels de la santé, il convient, lors de l'anamnèse médicamenteuse ou de la conciliation médicamenteuse, de demander aux patients s'ils continuent de prendre les médicaments listés sur le plan de médication comme prescrit et s'ils prennent d'autres médicaments. Le plan de médication offre toutefois une meilleure situation de départ que de n'avoir aucune information. Il est généralement plus simple de valider et de compléter un plan de médication potentiellement incomplet que de procéder à une nouvelle saisie complète.

3.6.2 Responsabilité des personnes impliquées

La responsabilité en matière d'informations sur la médication se réfère à l'obligation des personnes impliquées d'ordonner les mesures nécessaires et correctes et de répondre du contenu des informations sur la médication.

La responsabilité liée à la prescription de médicaments continue d'incomber aux professionnels de la santé prescripteurs (habituellement médecin et pharmacien). Dans le cas de la remise de médicaments en libre accès, la responsabilité revient aux professionnels de la santé qui remettent le médicament et à ceux habilités à le faire. Pour les autres substances non réglementées (produits homéopathiques, phytothérapies, thés, etc.), la patientèle en assume la responsabilité.

S'agissant du plan de médication, la situation ne diffère pas de la pratique actuelle. Ce plan consiste en une compilation d'informations par différents professionnels de la santé. Dans la phase 2, il ne porte aucune signature, c'est-à-dire qu'aucun professionnel de la santé n'assume la responsabilité de la création ou de la mise à jour de toutes les autres entrées du plan de médication et qu'aucune responsabilité supplémentaire ne s'applique. Le professionnel de la santé concerné peut uniquement répondre des traitements et omissions sur lesquels il a une influence. Tant qu'il satisfait à son devoir de diligence, on ne peut le tenir pour responsable. Les fondements actuels de la responsabilité à cet égard (art. 41, 398 ss CO) continuent à servir de base pour évaluer la responsabilité des professionnels de la santé.

Les questions fréquentes d'eHealth Suisse établissent par ailleurs que le

Exhaustivité des informations dans le *Medication Card document*

Responsabilités

DEP ne donne lieu à aucune situation qui ne serait pas couverte par les règles en vigueur [11]. La gestion de la documentation d'un patient implique aujourd'hui déjà que des tiers se fient aux informations qu'elle contient. Dans ce contexte, ils peuvent être tenus d'y répondre vis-à-vis des patients si ces derniers subissent un préjudice dans le cadre du traitement par des tiers en raison d'informations incomplètes ou inexactes.

Concrètement, cela signifie qu'un professionnel de la santé qui met à jour un plan de médication n'est responsable que de ses propres entrées et pas de l'ensemble du plan de médication. Il doit toutefois pouvoir le prouver dans son propre système primaire. Lorsque des auxiliaires établissent des plans de médication, la responsabilité incombe toujours au professionnel de la santé auquel l'auxiliaire est subordonné.

Le format d'échange et le PDF lié à ce format ne portent aucune signature, car le DEP contient uniquement des copies des informations issues des systèmes primaires correspondants. Les métadonnées n'affichent que les auteurs, sans mention du lien entre chaque professionnel de la santé et chaque entrée ou modification effectuée. Un assistant en pharmacie, par exemple, peut apporter des modifications sur ordre du pharmacien. Ce dernier reste toutefois l'auteur du nouveau document. En cas de modification par le médecin de famille, l'auteur change.

3.6.3 Version

La version d'un *Medication Card document* décrit la présentation, la forme ou la version en vigueur et les informations qui ne sont plus valables.

Gestion des versions

En principe, le DEP peut contenir de nombreuses versions d'un plan de médication, dont le contenu est identique, mais dont les formats diffèrent. La gestion des différentes versions (remplacement d'un précédent document) doit être assurée au niveau des métadonnées.

Si seuls des documents de la phase 2 sont utilisés pour un patient, on peut déterminer la dernière version à l'aide de la date ou de l'heure. Toutefois, étant donné qu'il est possible de continuer à utiliser des documents non structurés de la phase 1 (photos, scans, PDF, audio, etc.), un professionnel de la santé ou un système primaire qui souhaite consulter la dernière version aura des difficultés à l'identifier. Un précédent document de la phase 1 peut contenir plus d'informations détaillées qu'un document ultérieur de la phase 2. On ne peut toutefois pas lire les documents de la phase 1 de façon structurée. La coexistence de documents de la phase 1 et 2 peut s'avérer complexe en termes de processus et conduire à des informations erronées, incomplètes ou contradictoires. Cette situation oblige dans certains cas les professionnels de la santé à examiner le DEP avec attention afin de trouver les informations les plus récentes sur la médication (cas d'application 10).

S'il n'y avait que des plans de médication de la phase 2, c'est-à-dire pas d'intégration de documents de la phase 1 dans le DEP, alors la date ou l'heure feraient foi pour identifier le plan de médication le plus récent. Cela concerne tout particulièrement les systèmes primaires qui souhaitent consulter automatiquement le *Medication Card document*. Cette étape inciterait en outre les fournisseurs de systèmes primaires à proposer des interfaces pour la phase 2 (recommandation 3).

3.6.4 Fiabilité

La fiabilité du *Medication Card document* se réfère au degré de fiabilité des informations sur la médication et à la mesure dans laquelle ces informations sont sûres.

Les professionnels de la santé ne peuvent pas s'attendre à une fiabilité absolue. La création d'un *Medication Card document* ne prévoit aucune étape de validation ou autre contrôle des données qui pourrait nécessiter une adaptation de la médication, comme des contrôles d'allergie, des ajustements de dosage en raison de la fonction rénale ou des interactions médicamenteuses. Cela s'applique tant au niveau d'un médicament individuel (p. ex. la forme pharmaceutique et la voie d'administration sont incompatibles) et du plan de médication (p. ex. doublon d'un médicament) que du contrôle croisé avec d'autres données de santé (p. ex. dosage en fonction du poids chez les enfants). Le niveau de fiabilité est comparable à celui des processus actuels basés sur le papier.

Le format d'échange pose des bases importantes pour saisir des informations sous forme structurée ou codée. Il permet à des applications tierces de développer des validations intelligentes et des contrôles variés de la médication, qui seraient difficiles à réaliser sans un format d'échange standardisé. Seuls la validation et le contrôle de la médication permettront d'augmenter nettement la fiabilité des informations sur la médication ainsi que la sécurité des patients. La disponibilité d'informations génétiques (p. ex. une personne au métabolisme rapide ou lent) modifie les contrôles de la médication et demande leur ajustement. Le format d'échange ne doit en revanche pas nécessairement être modifié.

Aujourd'hui déjà, les systèmes primaires procèdent à des contrôles de la médication, mais dont l'ampleur et la diversité restent inconnues, ce qui est problématique en matière de fiabilité des informations réutilisées dans le *Medication Card document*. Un système d'information d'un cabinet peut réaliser des validations ou contrôles différents ou potentiellement moins solides que ceux d'un système d'information d'une clinique, ce que les utilisateurs du *Medication Card document* ne peuvent savoir.

Comme le *Medication Card document* est à l'heure actuelle un document statique, certains processus ne sont pas traçables ou ne le sont que difficilement. Les substitutions ou les arrêts de médicaments, par exemple, ne sont pas facilement identifiables en raison de l'absence d'historique, ce qui peut limiter la fiabilité des informations. Par ailleurs, lorsqu'un médicament n'est pas transféré à partir d'un ancien document (p. ex. un document de la phase 1) ou que les professionnels de la santé ne participent pas tous au DEP, des lacunes peuvent apparaître dans la médication.

Fiabilité des informations dans le *Medication Card document*

4 Recommandations pour la mise en œuvre

4.1 Recommandations

4.1.1 Recommandations à court terme

Recommandations pour les professionnels de la santé :

1. Anamnèse et conciliation médicamenteuses

Le *Medication Card document* ou la numérisation des processus de médication ne remplace pas une anamnèse médicamenteuse détaillée et une conciliation médicamenteuse. Tout comme auparavant, les professionnels de la santé sont chargés de vérifier les informations sur la médication si nécessaire, et en particulier avant d'y apporter des modifications.

Anamnèse et conciliation médicamenteuses

Il est recommandé de rappeler aux professionnels de la santé que l'anamnèse et la conciliation médicamenteuses continuent de former la base d'un plan de médication mis à jour et que la numérisation soutient ces processus, mais ne les remplace pas.

2. Mention (« Disclaimer »)

La numérisation des processus en lien avec la médication contribue de manière considérable à élaborer un plan de médication aussi actuel et complet que possible, tout en améliorant la sécurité des patients lors de l'administration des médicaments. Malgré les avantages, aucune garantie ne peut être apportée sur l'actualité, l'exhaustivité ou la fiabilité des informations. Une mention (« Disclaimer ») affichée lors de la création ou de la modification du plan de médication et apposée à la représentation graphique du plan pourrait attirer l'attention des professionnels de la santé et des patients sur cet aspect. L'anamnèse et la conciliation médicamenteuses permettent de vérifier si les patients prennent toujours les médicaments listés comme prescrit ou s'ils en prennent d'autres également. Une référence à la responsabilité des professionnels de la santé serait aussi utile afin de préciser que seul le professionnel de la santé prescripteur porte la responsabilité de sa médication.

Mentions relatives à l'actualité, à l'exhaustivité et à l'exactitude du plan de médication

Il est recommandé de faire figurer dans le plan de médication une mention (« Disclaimer ») indiquant que le plan de médication ne peut garantir l'actualité, l'exhaustivité et l'exactitude des informations. On pourrait en outre envisager une référence à la responsabilité du professionnel prescripteur, telle que : « La responsabilité des médicaments prescrits et indiqués dans le plan de médication continue d'incomber au professionnel de la santé qui a prescrit les médicaments. »

Mention relative à la responsabilité

3. Le DEP, source d'informations actuelles sur la médication et aux changements de médication

Le DEP est une source d'information supplémentaire qui permet aux professionnels de la santé d'obtenir des données pertinentes pour le traitement, comme le plan de médication. Grâce à l'introduction du *Medication Card document*, les informations sur la médication seront désormais dis-

Le DEP, source d'informations actuelles sur la médication

ponibles sous forme structurée, voire codée. L'échange de ces informations est donc plus simple et plus efficace. Le DEP devient ainsi une source supplémentaire et unique d'informations sur la médication. Cela suppose que les patients accordent l'accès à leurs professionnels de la santé, et que ces derniers maintiennent autant que possible le *Medication Card document* à jour dans le DEP. Il serait en outre nécessaire que les professionnels de la santé n'utilisent pas de documents de la phase 1 (scan, photos, PDF, etc.) (voir la recommandation 8 pour plus de détails).

Il est recommandé à tous les professionnels de la santé d'utiliser et de mettre à jour le *Medication Card document* de manière systématique. Toutes les personnes impliquées peuvent ainsi consulter et réutiliser les informations les plus récentes sur la médication. Les documents de la phase 1 ne devraient pas être utilisés.

4. Copie imprimée pour les patients

À l'heure actuelle, les patients ne disposent souvent d'aucune copie imprimée de leur médication dans un format standard. Le *Medication Card document* permet aux personnes impliquées d'imprimer et de remettre à leurs patients un plan de médication standardisé, en particulier si un changement a eu lieu. Il constitue également la base permettant aux applications tierces de consulter les informations sur la médication et de les utiliser dans leurs applications. Cela offre de nouveaux types d'applications centrées sur le patient : des informations sur le patient, une rédaction adaptée aux personnes âgées, des images, des vidéos explicatives, etc.

Il est recommandé de remettre aux patients une copie imprimée du dernier plan de médication lors d'une mise à jour. C'est pourquoi la version doit apparaître clairement sur l'impression, par exemple au moyen de la date.

5. Ajout de substances par les patients

Les patients souhaiteront pouvoir ajouter au plan de médication les médicaments qui ne sont pas remis sur ordonnance et ceux qui ne sont pas obtenus par des voies de distribution traditionnelles (p. ex. compléments alimentaires, homéopathie). À l'heure actuelle, ils ne peuvent pas modifier le plan de médication.

Il est recommandé de ne permettre aux patients d'ajouter leurs médicaments non soumis à ordonnance que par l'intermédiaire d'un médecin ou d'un pharmacien. Cela permet de valider les médicaments et, le cas échéant, de réaliser un contrôle de la médication.

6. Indication de la puissance

Les médicaments peuvent présenter différentes indications de puissance selon le sel, l'hydrate, etc ou de substance unionisée. auxquels est lié le principe actif. En outre, si le médicament est substitué par un générique, le fabricant peut utiliser un sel différent de celui utilisé du produit original ; ainsi, une puissance différente peut être indiquée si celle-ci se rapporte au poids total de la substance (p. ex. 220 mg de naproxène sodique correspondent à 200 mg de naproxène).

Il est recommandé d'indiquer dans le plan de médication la puissance de la substance (en général les base) sans sel, sans hydrate, etc. En cas de raccordement du plan de médication au système primaire, il faut donc toujours tenir compte de la puissance de la substance active issue de la banque de données sur les médicaments, sauf si celle-ci ressort du nom commercial.

Copie imprimée pour les patients

Ajout de médicaments par les patients

Indication de la puissance de la substance sans sel, sans hydrate, etc.

7. Exigences des professionnels de la santé vis-à-vis des éditeurs de systèmes primaires

La grande majorité des professionnels de la santé et institutions de santé utilisent au quotidien des systèmes d'information pour traiter les informations cliniques et administratives des patients. Les fournisseurs de systèmes primaires sont rarement incités à intégrer et à maintenir des interfaces spécifiques pour leurs clients. Les formats d'échange du DEP ont pour but un échange uniforme et standardisé d'informations médicales entre toutes les parties participant au DEP, leur mise en pratique étant une condition préalable à leur utilisation. Les professionnels de la santé et les institutions de santé peuvent à cet égard enjoindre leur fournisseur de systèmes d'information à proposer les interfaces en temps utile. Cette exigence peut être reprise dans le contrat lors de l'achat ou du changement des systèmes d'information.

Il est recommandé d'exiger de la part du fournisseur de systèmes d'information d'implémenter les interfaces pour les formats d'échange en temps utile.

Recommandations à l'intention du législateur et exigences pour les versions suivantes du format d'échange :

8. Recommandations pour la transition de la phase 1 à la phase 2

Le lancement de la phase 2 doit marquer l'utilisation exclusive du format d'échange de la phase 2. La coexistence de documents de la phase 1 et 2 peut provoquer une confusion et des erreurs, avec les conséquences que cela implique. Si un document de la phase 1 (scan, photo, PDF, etc.) est utilisé une fois, il est particulièrement compliqué et fastidieux de transférer ces informations dans un document de la phase 2, car il faudrait saisir à nouveau l'intégralité des informations sur la médication. Ce processus constitue un obstacle à l'introduction du format d'échange ; il n'est pas non plus à exclure que les professionnels de la santé continuent ensuite à utiliser uniquement les documents de la phase 1. Cette recommandation incite par ailleurs les fournisseurs de logiciels à mettre à disposition une interface en temps utile. Les patients restent responsables de fournir aux professionnels de la santé concernés les informations pertinentes sur la médication, en particulier si l'accès a été restreint. Lors d'une consultation automatique, les systèmes primaires ne peuvent identifier la version valide qu'au prix d'efforts supplémentaires s'il existe des documents de la phase 1 et 2.

L'utilisation d'éléments des documents de la phase 1 est déconseillée après l'introduction du format d'échange de la phase 2. Une période transitoire obligatoire, aussi brève que possible, permet aux parties d'adapter leurs processus.

9. Indication dans le DEP d'une consultation limitée du plan de médication

Les patients ont la possibilité de restreindre les professionnels de la santé qui peuvent consulter leur médication. Des restrictions au niveau des plans de médication ou des entrées de médicaments ne sont cependant pas possibles. En cas de restriction des droits d'accès, les professionnels de la santé non autorisés ne peuvent pas savoir si le patient n'a pas de médication ou ne dispose pas encore de plan de médication ou s'il en a un,

Exigences des professionnels de la santé vis-à-vis des éditeurs de systèmes primaires

Utilisation exclusive du format d'échange de la phase 2

Limitation des droits d'accès aux informations sur la médication pour les professionnels de la santé

mais que celui-ci n'est pas visible. Étant donné que la cybermédication constitue l'une des applications essentielles du DEP en termes de sécurité des patients, ce manque de clarté dangereux doit être résolu.

Il est recommandé d'introduire dans le DEP un indicateur (« flag ») qui, en cas d'accès limité aux informations sur la médication, permet de distinguer clairement entre l'absence d'informations et la restriction de l'accès.

Il est recommandé d'attirer l'attention des patients (p. ex. explications lors de l'ouverture d'un DEP dans un guide destiné aux patients) sur les conséquences possibles (urgence, possibilité limitée de contrôle de la médication, etc.) d'une limitation de l'accès au plan de médication.

10. Caractère facultatif

À l'heure actuelle, seul le nom du produit ou du principe actif est obligatoire, alors que les autres champs sont facultatifs. La faible contrainte contribue à l'introduction et à l'acceptation du format d'échange, mais semble peu pertinente du point de vue de la médication et n'est pas non plus acceptée dans l'usage actuel, qui privilégie le papier. Les ordonnances et les plans de médication doivent contenir des informations aussi complètes que possible, de sorte que les professionnels de la santé puissent délivrer une médication adéquate et fournir des instructions d'utilisation correctes aux patients. Outre le nom du principe actif ou du produit, il conviendrait de rendre obligatoires dans le format d'échange les informations déjà considérées comme telles lors d'une prescription de médicaments en vertu de l'ordonnance sur les médicaments (art. 51 OMéd) :

1. Forme pharmaceutique
2. Quantité de principe actif par unité
3. Dosage
4. Durée d'utilisation
5. Prescriptions d'utilisation

Il est recommandé d'indiquer comme obligatoires les éléments critiques d'un médicament lors d'une prochaine version.

11. Ordre/présentation uniformisés

Les plans de médication et le format d'échange actuel ne définissent aucun ordre standardisé des champs de la médication. Il est donc possible que des applications tierces, en particulier, gèrent différemment la présentation d'un plan de médication et présentent l'ordre de manière distincte. Cela peut prêter à confusion si les patients et les professionnels de la santé doivent faire attention à l'ordre dans lequel apparaissent certaines informations. Il pourrait notamment être utile de placer le principe actif ou le nom du produit parmi les premiers champs de données et de terminer par le champ des commentaires [12]. Les patients préfèrent que le nom du produit soit indiqué en premier, puis le nom de la substance, car ils reconnaissent généralement leurs médicaments par le nom du produit. Les expériences en Allemagne ont montré que, par exemple, il n'est pas toujours possible d'utiliser le nom du produit. Il est recommandé de lister la substance dans la première colonne afin d'aider les patients à la reconnaître lorsque le médicament est remplacé à la pharmacie.

Il est recommandé d'établir un ordre harmonisé et contraignant des éléments critiques de chaque médicament. Il est ensuite toujours possible

Limitation du caractère facultatif

Ordre des éléments

d'ajouter des informations complémentaires sur demande. Ordre recommandé :

1. Nom du produit
2. Principe(s) actif(s)
3. Forme pharmaceutique
4. Quantité de principe actif par unité
5. Dosage
6. Prescriptions d'utilisation
7. Durée du traitement
8. Motif du traitement
9. Commentaires

12. Dates de début et de fin et durée de la médication

Les dates de début et de fin de la prescription devraient être indiquées clairement dans le format d'échange et mises à jour lors de la remise. Souvent, la prescription comporte une date de début et une durée (« début de la prise aujourd'hui pour 10 jours »). Des applications tierces peuvent cependant aussi fournir ce service à l'aide d'une fonction de calendrier. Le marquage supplémentaire d'une médication à long terme (év. aussi médication à long terme, aiguë et sur demande) permettrait de simplifier le regroupement, la lisibilité et l'interprétation. Des explications détaillées sur l'utilisation de la date et de l'heure de début et de fin seront précisées lors de la phase 3. A ce stade, il sera nécessaire de clarifier l'utilisation de la date/heure de début et de la date/heure de fin dans le cadre du document de prescription électronique.

Durée de la médication

Il est recommandé d'indiquer clairement les dates de début et de fin du traitement médicamenteux ou temps lors de la remise (et non sous forme de durée). En outre, un marquage explicite pour les médicaments à long terme serait souhaitable.

13. Professionnel de la santé et rôle

Le plan de médication n'affiche pas, à l'heure actuelle, l'identité de la personne responsable de la prescription ou de la remise. Pourtant, connaître cette information ainsi que la profession de cette personne (médecin, pharmacien, chiropraticien, droguiste, etc.) pourrait s'avérer utile pour interpréter le plan de médication et faciliter la transmission de questions au professionnel de la santé compétent.

Identité et profession du professionnel de la santé qui prescrit ou remet le médicament

Il est recommandé d'intégrer au format d'échange l'identité et éventuellement la profession du professionnel de la santé qui prescrit le médicament et de celui qui le remet.

14. Mention de la possibilité d'une substitution

Lors de la prescription d'un médicament, par exemple par un spécialiste ou en cas d'incompatibilité connue, il est parfois souhaitable qu'aucune substitution ne soit effectuée par le professionnel de la santé qui doit le remettre. Lors de la distribution de médicaments, il est souhaitable de signaler une substitution effectuée.

Informations en cas de substitutions

Il est recommandé que les formats d'échange de la cybermédication indiquent si aucune substitution ne peut être effectuée lors de la remise et si une substitution a été effectuée lors de la remise.

15. Guide du patient

La présente aide à la mise en œuvre accompagne les professionnels de la santé dans la gestion de la cybermédication. Le succès de cette dernière dépend toutefois de toutes les parties prenantes. Si tant les professionnels de la santé que les patients reçoivent informations et soutien, alors l'acceptation et l'utilisation des processus de cybermédication s'en trouveront renforcées.

Guide du patient

Il est recommandé d'élaborer un guide ou une brochure d'information à l'attention des patients.

À l'intention des développeurs d'applications

16. Intégration de représentations des médicaments

Le format d'échange ne dispose pas d'une représentation visuelle de la médication (p. ex. illustration d'un comprimé ou d'un emballage). Cette aide visuelle permettrait non seulement aux professionnels de la santé, mais aussi aux patients de réduire les erreurs lors de la remise et de la prise de médicaments.

Intégration de représentations visuelles de médicaments

Il est recommandé d'examiner la possibilité d'intégrer la représentation visuelle d'une médication dans une future version du format d'échange.

17. Utilisation de tableaux de valeurs internationaux et standardisés

À l'heure actuelle, tous les champs du plan de médication peuvent être saisis sous forme de texte libre. Il existe des bases de données (nationales), qui sont déjà disponibles dans les systèmes d'information, pour les noms des produits et les principes actifs. Il conviendrait à l'avenir d'utiliser des bases de données qui contiennent les désignations internationales des principes actifs et pourraient s'ajuster à la version nationale des noms des produits. Cela contribuerait notamment à accroître la prescription fondée sur le principe actif.

Utilisation de tableaux de valeurs

Pour d'autres champs du plan de médication (voie d'administration, forme pharmaceutique, etc.), il existe déjà des tableaux de valeurs internationaux et standardisés qui peuvent accroître la simplicité, la sûreté et l'interopérabilité du processus de prescription, ils sont déjà en train d'être utilisés. Ces tableaux de valeurs ont un degré de maturité élevé et représentent une base solide pour coder ces informations.

Il conviendrait de maintenir, à titre exceptionnel uniquement, la possibilité de saisir un texte libre pour les éléments du plan de médication qui se prêtent à une saisie structurée ou codée.

Il est recommandé d'utiliser autant que possible les tableaux de valeurs et terminologies (fondées sur le principe actif) internationaux. Les saisies en texte libre devraient rester possibles dans des cas exceptionnels.

18. Implémentation des formats d'échange pour soutenir les professionnels de la santé dans l'utilisation quotidienne des informations sur la médication

Les formats d'échange encouragent l'utilisation d'informations structurées et codées sur les patients. Leur implémentation constitue une condition à l'utilisation quotidienne dans la pratique. Ils favorisent également la réutilisabilité des données et soutiennent l'applicabilité multiple des informations sur les patients, ce qui devrait améliorer l'efficacité pour les professionnels de la santé et peut contribuer à renforcer la sécurité des patients. La majorité des utilisateurs de systèmes primaires participent déjà activement au développement et à l'implémentation des formats d'échange.

Les fournisseurs de systèmes primaires sont invités à mettre à la disposition des professionnels de la santé et des institutions de santé les formats d'échange en temps utile et à en assurer la maintenance.

Implémentation rapide des formats d'échange pour soutenir les professionnels de la santé

4.1.2 Recommandations à long terme

19. Base juridique pour la numérisation des processus de médication

Afin de pouvoir utiliser les données de médication enregistrées dans le DEP dans le sens d'un instrument de communication pour les professionnels de la santé (échange interprofessionnel) et en exploiter les avantages, il faut une base juridique qui ordonne que les processus

- d'enregistrement des décisions thérapeutiques,
- de transmission des ordonnances et
- de documentation de la remise de médicaments doivent avoir lieu sous forme électronique.

Faute de base légale, l'utilité et donc l'acceptation du plan de médication restent limitées. Il est prévu que les processus de médication soient pris en compte lors de la mise en œuvre des phases suivantes. Les avantages escomptés ne pourront se réaliser que lorsqu'un degré de numérisation élevé comportant des éléments structurés et codés aura été atteint. S'agissant des processus stationnaires, les processus susmentionnés, même s'ils présentent des différences, sont dans leur majorité déjà standardisés, c'est-à-dire qu'ils sont utilisés au quotidien.

Il est recommandé d'élaborer des bases juridiques qui prévoient une numérisation aussi exhaustive que possible des processus de médication.

Base juridique pour la numérisation des processus de médication

20. Prescription de médicaments fondée sur le principe actif

Dans la pratique actuelle, il est courant d'utiliser le nom du produit lors de la prescription. Celle-ci a donc lieu sur la base du produit. Il conviendrait de tout mettre en œuvre pour qu'à l'avenir, la prescription se fasse sur la base du principe actif, ce procédé comportant de multiples avantages pour la sécurité des patients. Cette démarche permettrait en effet d'éviter les doubles prescriptions et les ambiguïtés en cas de substitution, de renforcer la qualité des contrôles de la médication et de mieux soutenir l'utilisation transfrontalière du plan de médication. La personne qui prescrit doit toutefois disposer de possibilités fondées tant sur le produit que sur le principe actif. Celles-ci doivent pouvoir être résolues de manière transparente via des bases de données sur la médication (propres à chaque pays), de sorte que les principes actifs soient reconnaissables en tout temps. Il est recommandé de soutenir activement et par des moyens appropriés la prescription fondée sur le principe actif.

Prescription fondée sur le principe actif

21. Extension du format d'échange

À l'heure actuelle, les informations sur la médication peuvent être saisies en texte libre dans le format d'échange. Le traitement ultérieur et la réutilisation de ces données sont fortement limités. De nombreux systèmes primaires mettent déjà à disposition des informations structurées et codées sur les médicaments, sans toutefois pouvoir interpréter les informations en texte libre issues du format d'échange. Lors de la retranscription dans le format d'échange, les informations ne peuvent être converties en une forme structurée ou codée qu'au prix d'un effort considérable. Ce transfert implique en général la perte d'informations essentielles.

Il est recommandé d'appliquer dès que possible un niveau élevé de structuration et de codage des informations sur la médication dans le format d'échange.

Extension du
format d'échange

5 Bibliographie (à compléter)

- [1] eMediplan, “ Le plan de médication suisse.” <https://emediplan.ch/fr/home>
- [2] Conseil fédéral, *Message concernant la loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEIP)*. Conseil fédéral suisse, 2013, p. 13.050.
- [3] eHealth Suisse, “eHealth Suisse cybermédication dans le DEP: Évaluation de l’audition relative à l’architecture proposée” 2021. https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/F/Evaluation_audition_architecture_cybermedication.pdf.
- [4] eHealth Suisse, “ Fiche d’information,” Berne, 2021. https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/F/fiche-dinformation-cybermedication.pdf.
- [5] Communauté de travail interprofessionnelle eHealth, “Cybermédication partie intégrante du dossier électronique du patient,” 2017. <https://www.fmh.ch/files/pdf24/rapport-gtip-ipag-sur-la-cybermedication.pdf>.
- [6] eHealth Suisse, “ Fiche d’information: Qui peut avoir accès au DEP ? Les professionnels de la santé au sens de la LDEP,” 2019. https://www.e-health-suisse.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/2017/F/171116_Factsheet_Gesundheitsfachpersonen-nach-EPDG_v2.0_f.pdf.
- [7] H. Stöckli, “ Droit à un plan de médication en vue de renforcer la sécurité des patients,” *Motion 18.3512*, 2018. <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20183512>.
- [8] C. of Europe, “Resolution CM/Res (2020) 3 on the Implementation of Pharmaceutical Care for the Benefit of Patients and Health Services,” 2020.
- [9] E. Wright *et al.*, “Sharing physician notes through an electronic portal is associated with improved medication adherence: quasi-experimental study,” *J. Med. Internet Res.*, vol. 17, no. 10, p. e4872, 2015.
- [10] Deutsche Bundesärztekammer, “Bundeseinheitlicher Medikationsplan,” 2017.
- [11] eHealth Suisse, “ Questions et réponses relatives à la mise en œuvre.” <https://www.e-health-suisse.ch/fr/mise-en-oeuvre-communautes/mise-en-oeuvre/questions-et-reponses.html#c4972>.
- [12] L. D. Brühwiler, S. T. Schönenberg, K. E. Hersberger, and M. Lutters, “Verständlichkeit und Darstellung von Medikationsplänen: Wird die Patientensicht berücksichtigt?,” *Prax.*, vol. 105, no. 21, 2016.

6 Annexe : cas d'application

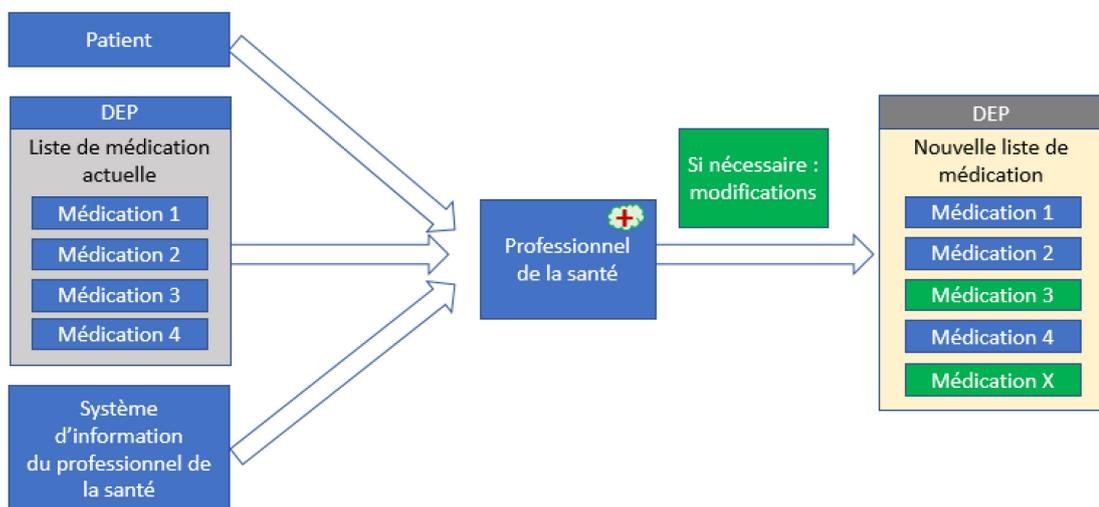
Légende :

	Le professionnel de la santé a accès au DEP
	Le professionnel de la santé n'a pas accès au DEP
	Ancienne information sur la médication
	Nouvelle information sur la médication
	Ancienne liste de médication
	Nouvelle liste de médication

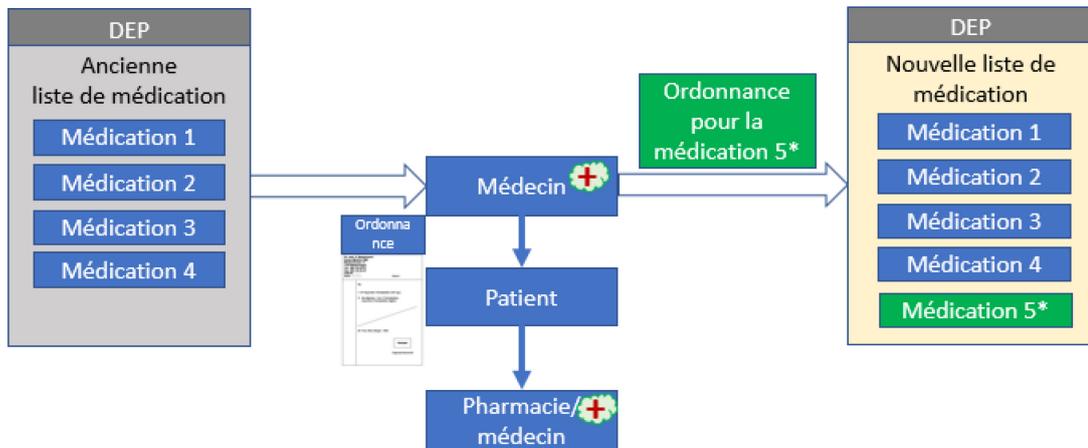
Remarque :

Dans les cas d'application, le terme « médecin » englobe tous les groupes de profession habilités à prescrire et à remettre des médicaments. En font notamment partie les médecins de famille, les spécialistes, les dentistes, les chiropraticiens, etc.

1. Le professionnel de la santé réalise l'anamnèse et la conciliation médicamenteuses à l'aide du *Medication Card document* du DEP

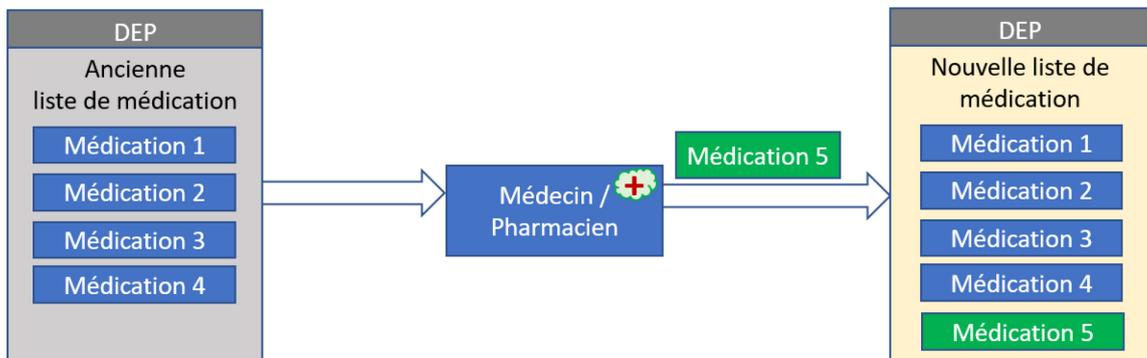


2. Le médecin établit une ordonnance – aucune remise de médicaments (avec accès au DEP)

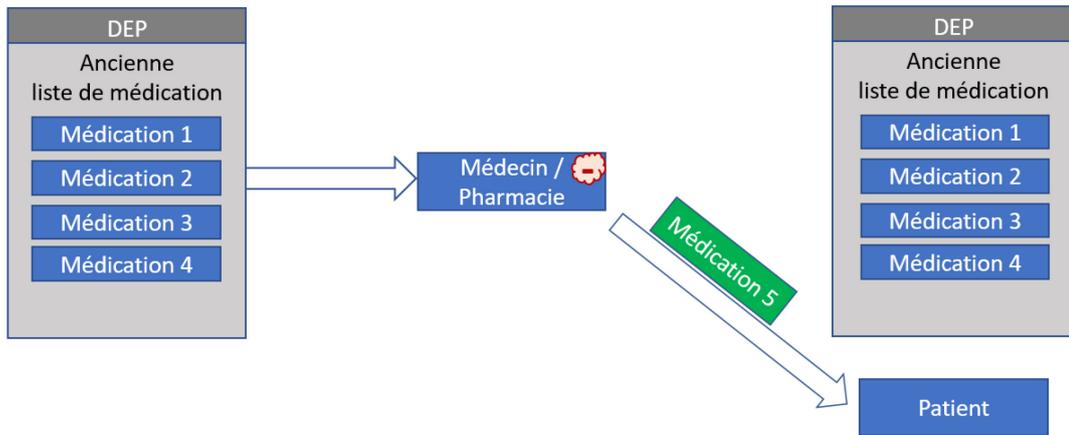


Remarque : La nouvelle liste de médication ne contient que des informations de l'ordonnance pour la médication 5 ; aucune remise n'a eu lieu. Les entrées dans la liste de médication ne permettent pas d'indiquer s'il s'agit d'informations enregistrées lors de la prescription d'un médicament ou de sa remise (« médicament retiré »).

3. Le médecin/pharmacien établit une ordonnance et remet le médicament directement au patient (avec accès au DEP)

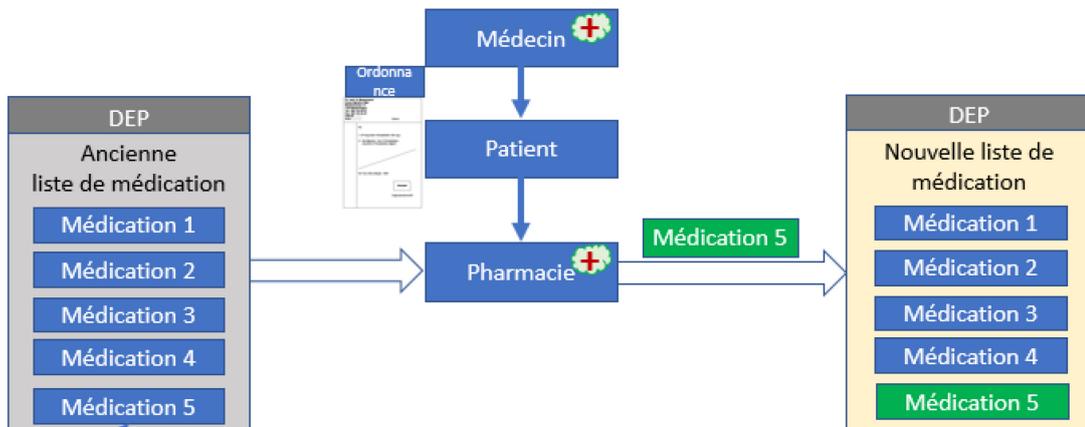


4. Le médecin/ pharmacien établit une ordonnance et remet le médicament directement au patient (sans accès au DEP)



Remarque : Ni les informations sur les ordonnances ni la distribution de médicaments n'apparaissent sur la liste de médication.

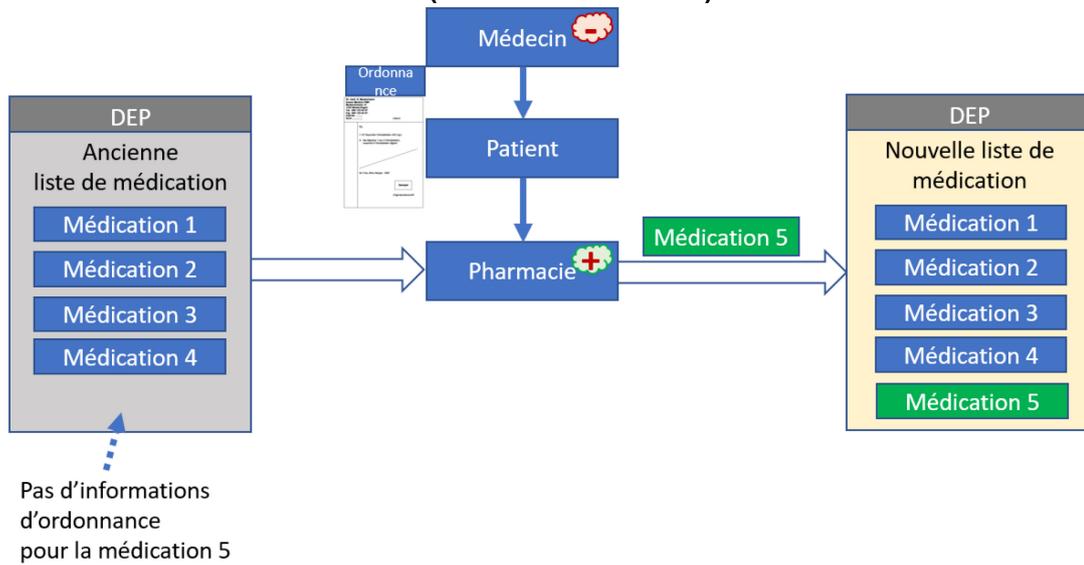
5. Le médecin délivre l'ordonnance au patient (avec accès au DEP) ; la pharmacie remet le médicament (avec accès au DEP)



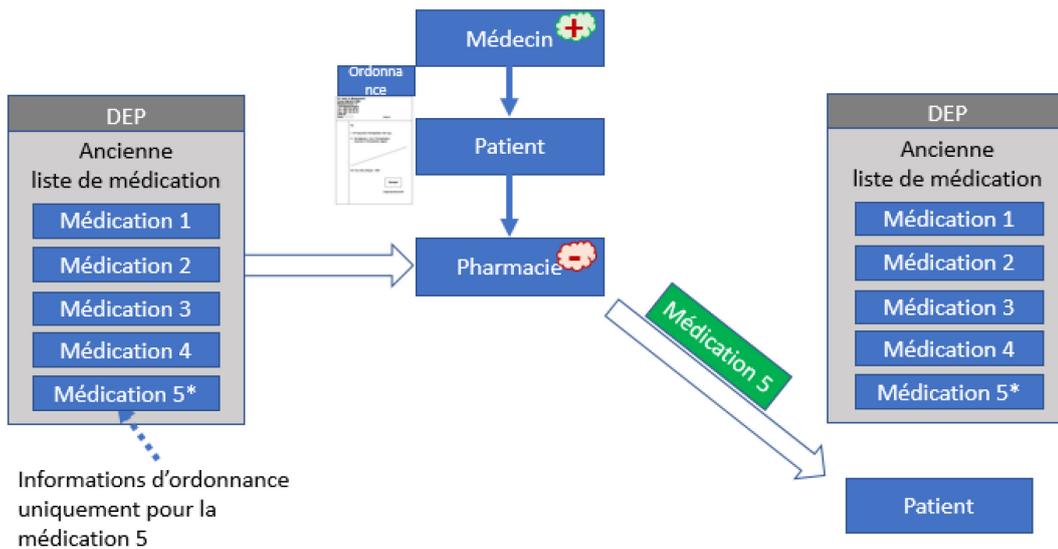
Informations d'ordonnance uniquement

Remarque : si la pharmacie apporte des modifications (dose, date, substitution, etc.), un nouveau plan de médication est créé. L'information affichée dans le cas d'application 2 (médicament avec information de l'ordonnance uniquement) est remplacée par un nouveau plan de médication.

6. Le médecin délivre l'ordonnance au patient (sans accès au DEP) ; la pharmacie remet le médicament (avec accès au DEP)

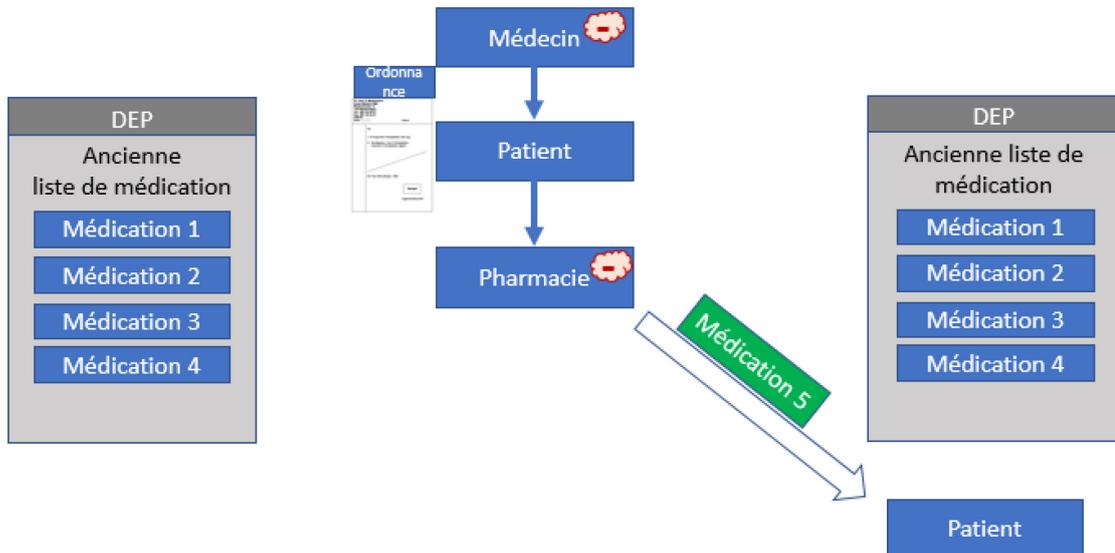


7. Le médecin délivre l'ordonnance au patient (avec accès au DEP) ; la pharmacie remet le médicament (sans accès au DEP)



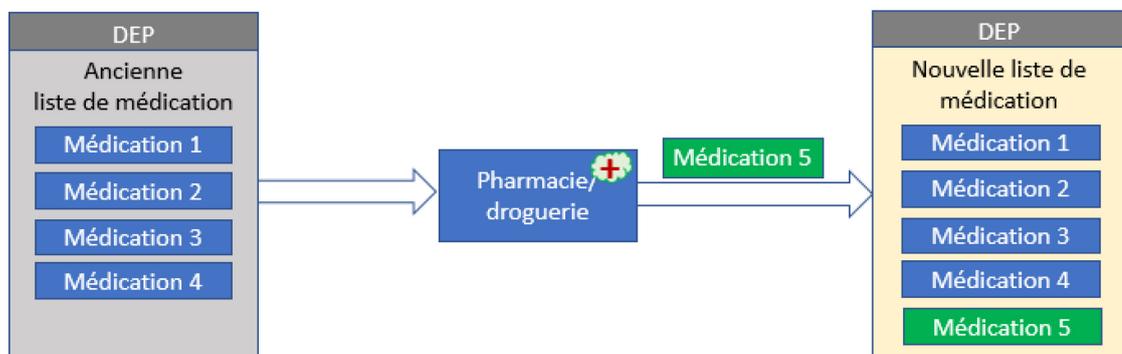
Remarque : La pharmacie n'a pas accès au plan de médication EPD, sauf si le patient dispose d'une impression. La médication remise n'apparaît pas dans la liste de médication, mais reste en tant qu'information de prescription, c'est-à-dire que la remise n'est pas documentée dans une nouvelle version.

8. Le médecin délivre l'ordonnance au patient ; la pharmacie remet le médicament (ni l'un ni l'autre n'ont accès au DEP)



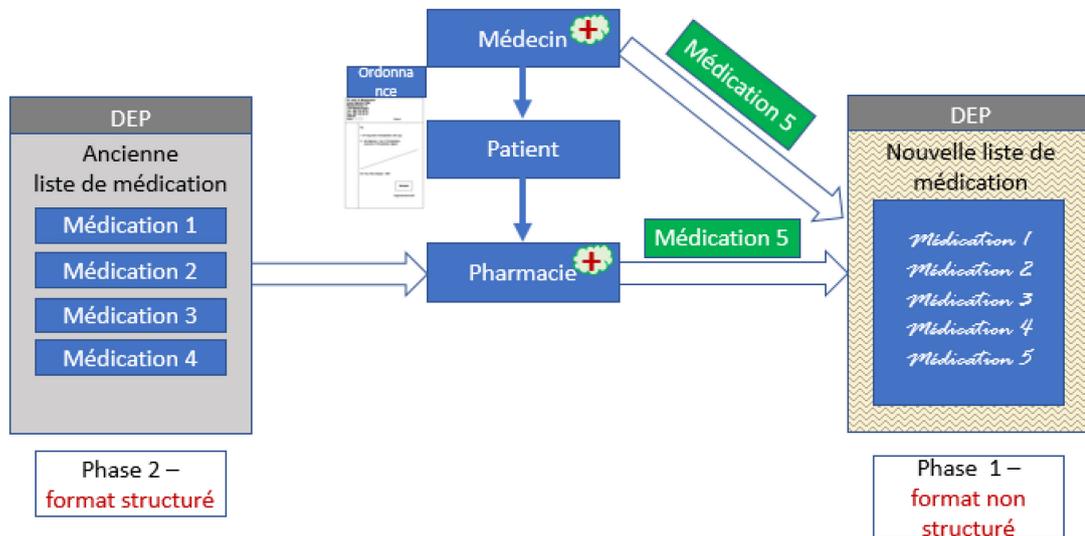
Remarque : Ni l'information sur la prescription ni l'information sur la remise n'apparaissent sur la liste de médication.

9. La pharmacie ou la droguerie remet le médicament au patient (liste B, aucune ordonnance nécessaire)



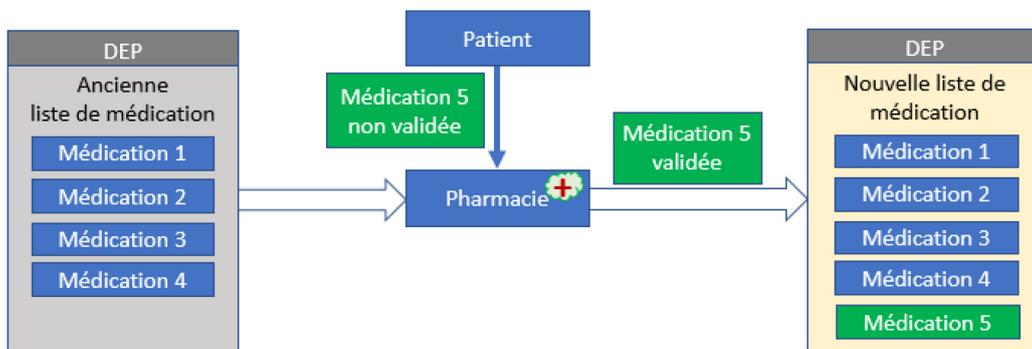
Remarque : Pour ce cas d'utilisation, on suppose que la pharmacie ou le drugstore participent à le DEP. S'ils ne participent pas, la médication n'apparaîtra pas sur la liste de médication.

10. Le professionnel de la santé autorisé délivre l'ordonnance ou le médicament au patient et utilise un document au format de la phase 1 (PDF, scan, photo, etc.)



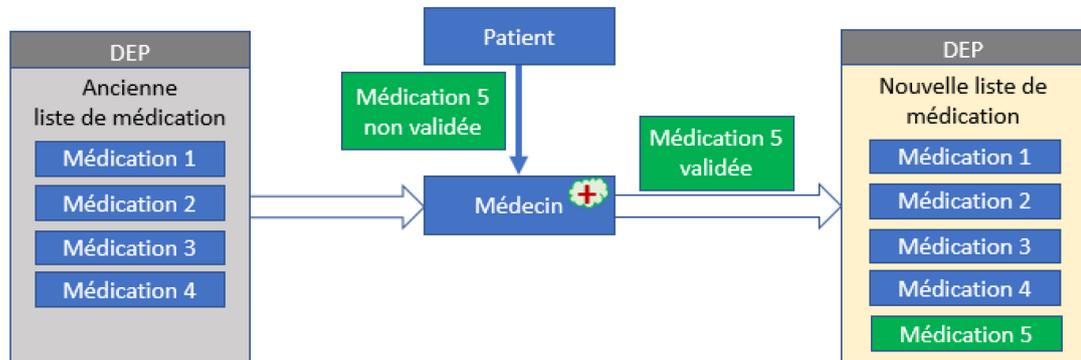
Remarque : la nouvelle liste de médication n'est pas disponible dans un format structuré ; le traitement ultérieur par des outils électroniques reste limité.

11. Le patient souhaite ajouter un médicament – validation par la pharmacie



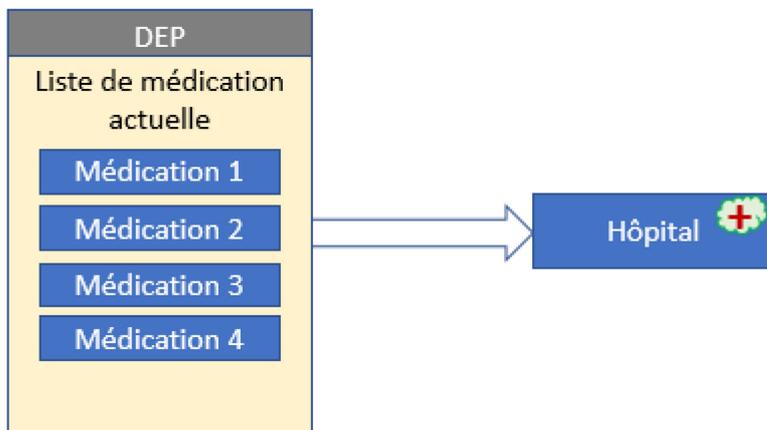
Remarque : Les patients peuvent valider un principe actif, p. ex. médicament provenant de l'étranger (y compris pharmacies en ligne), substance homéopathique, substance végétale avec efficacité pharmacologique. Ils peuvent être saisis dans le DEP sous "Mes données". Ils n'apparaissent pas sur la liste de médication, mais seulement après validation par un professionnel de la santé autorisé.

12. Le patient souhaite ajouter un médicament – validation par le médecin



Remarque : Les patients peuvent valider un principe actif, p. ex. médicament provenant de l'étranger (y compris pharmacies en ligne), substance homéopathique, substance végétale avec efficacité pharmacologique. Ils peuvent être saisis dans le DEP sous "Mes données". Ils n'apparaissent pas sur la liste de médication, mais seulement après validation par un professionnel de la santé autorisé

13. Entrée du patient en séjour hospitalier

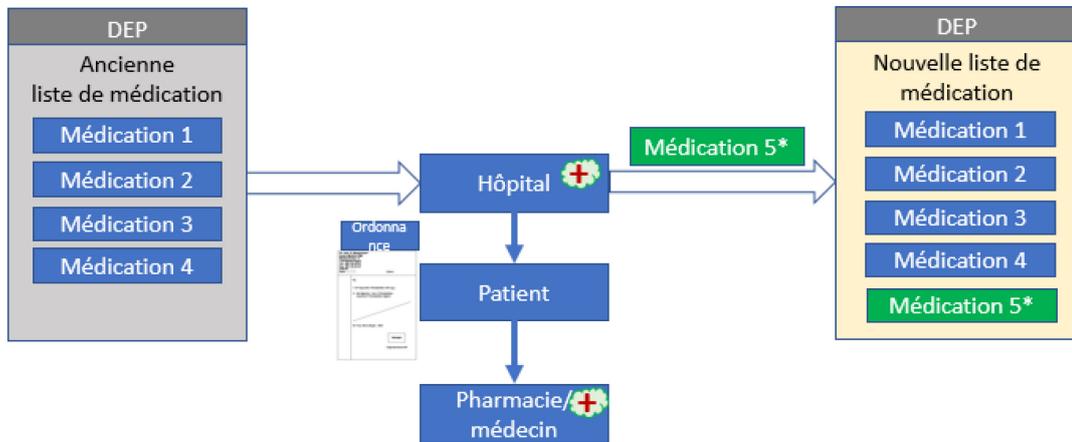


Remarque :

- un « séjour hospitalier » inclut : hôpital, réhabilitation, psychiatrie, EMS, maison de naissance, etc.

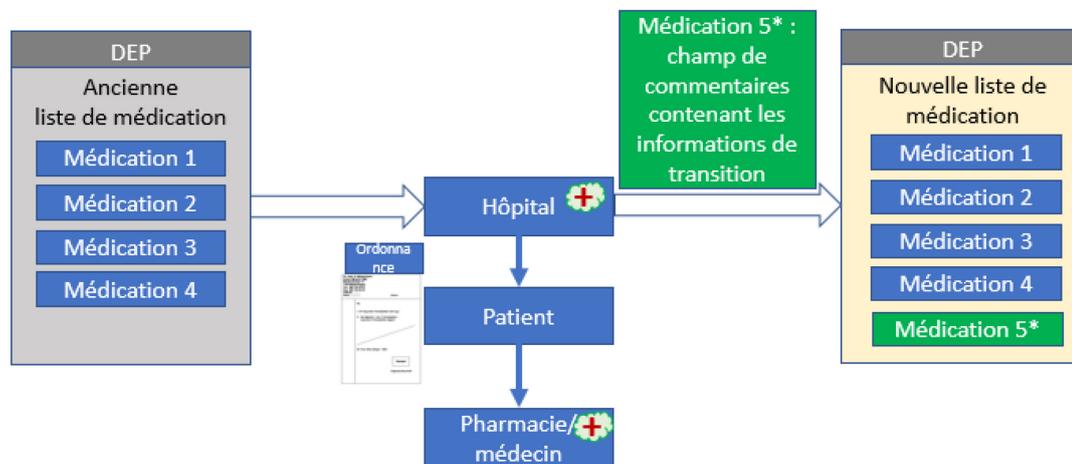
- lors de l'entrée, l'institution procède à une anamnèse et à une conciliation médicamenteuses, qui peuvent s'appuyer sur les informations contenues dans le DEP ; l'exhaustivité de cette liste n'est toutefois pas garantie.

14. Transfert d'un séjour hospitalier à un traitement ambulatoire – aucune remise de médicaments à l'hôpital



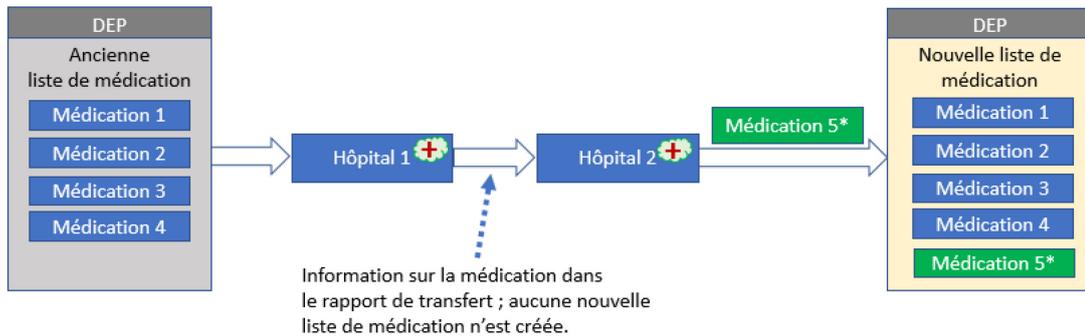
Remarque : seules les informations de l'ordonnance apparaissent sur la nouvelle liste de médication. La pharmacie ou le médecin remet le médicament, ce qui peut nécessiter la création d'une nouvelle liste de médication contenant les modifications apportées (date, dose, substitution, etc.).

15. Transfert d'un séjour hospitalier à un traitement ambulatoire – remise d'une médication de transition



Remarque : les détails des médicaments de transition sont indiqués dans le champ de commentaires de l'ordonnance (p. ex. nombre de doses, durée). Cela permet au professionnel de la santé qui remet le médicament de suivre correctement la médication.

16. Transition entre deux séjours hospitaliers



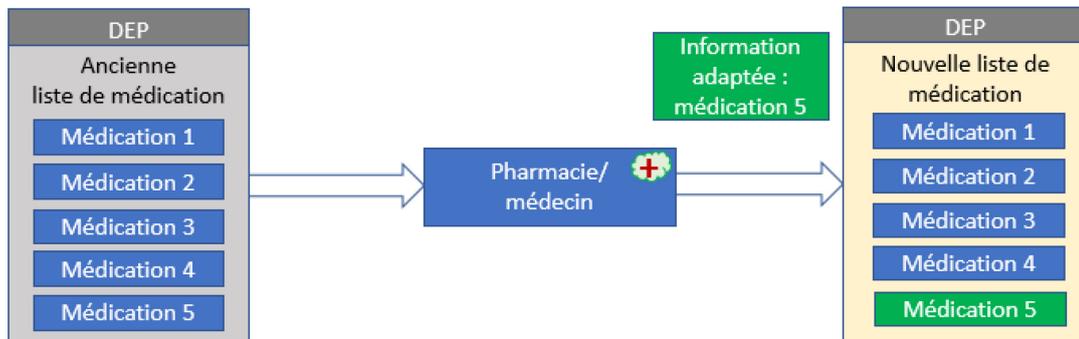
Remarque : il est possible que certains patients nécessitent des médicaments de transition s'ils restent quelques heures ou jours dans le domaine ambulatoire (p. ex. à domicile).

17. Remise unique de médicaments par un professionnel de la santé qualifié



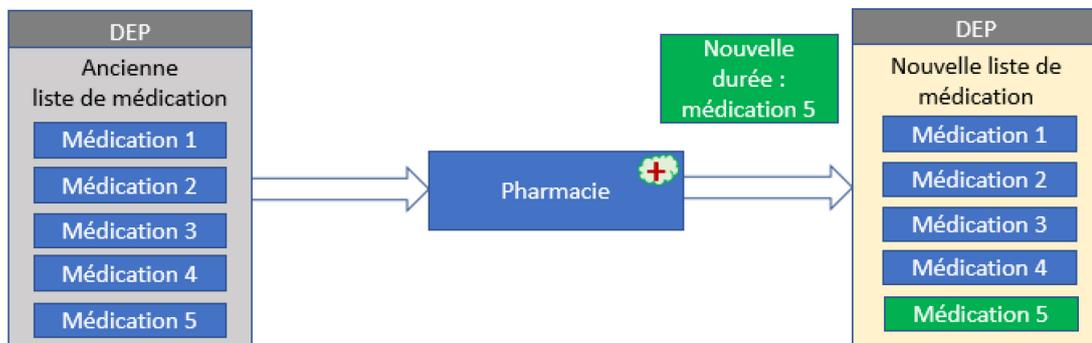
Remarque : les remises uniques de médicaments ne sont pas inclus dans la liste des médicaments, par exemple les immunisations. Les exceptions sont les médicaments à usage unique qui ont un effet à long terme (par ex. les injections de dépôt), qui doivent être listés dans la case des commentaires du plan de médication avec les explications correspondantes.

18. Modification des informations sur la médication, p. ex. ajustement de dosage, début de la prise, horaire de prise



Remarque : les adaptations d'éléments de médication (dose, durée, etc.) sont traitées comme de nouvelles saisies. Il est important de disposer de la version correcte, car de petites modifications peuvent passer inaperçues. Les systèmes primaires les introduisent habituellement comme de simples modifications.

19. Retraits répétés en pharmacie en cas de médication à long terme : semblable à la modification d'un seul élément de données, tel que l'ajustement de dosage



Remarque : pendant un an à compter de la première prescription médicale, la pharmacie peut remettre sans nouvelle ordonnance les médicaments qui permettent de poursuivre un traitement de longue durée. Ce cas de figure s'applique surtout au traitement des maladies chroniques.