

Piste 8. Participate Brussels

*Prescription médicale continue
dans un contexte de maladie chronique*

Pistes pour la personnalisation des soins

Mars 2021



innoviris.brussels 
empowering research

 Haute École
Léonard
de **Vinci**

 **UCLouvain**

Julie Servais, Marie Dauvrin

Cette piste est une des 11 pistes pour la personnalisation des soins issue du projet de recherche collaboratif **Participate Brussels**, mis en œuvre avec le soutien de la Région de Bruxelles-Capitale (Innoviris), entre le 1er janvier 2018 et le 31 mars 2021, dans le cadre d'une collaboration entre l'UCLouvain-IRSS et la Haute Ecole Léonard de Vinci, accompagnés par 8 partenaires de recherche, nommés parrains du projet

- Piste 1. Ouvrir le dialogue sur la fatigue comme étape à la personnalisation des soins dans un contexte de maladie chronique
- Piste 2. Maladie chronique et personnalisation des soins : Ouvrir le dialogue sur la vie affective, relationnelle et sexuelle
- Piste 3. Pratique d'une activité physique adaptée dans un contexte de maladie chronique
- Piste 4. Améliorer la littératie en santé digitale en vue de la personnalisation des soins
- Piste 5. Aménager la vie professionnelle dans le cadre de la maladie chronique
- Piste 6. Consultations infirmières dans un contexte de maladie chronique
- Piste 7. Fonction de liaison entre hôpital et milieu de vie
- **Piste 8. Prescription médicale continue dans un contexte de maladie chronique**
- Piste 9. Plateforme de concertation en maladies chroniques
- Piste 10. Formation des patients et des professionnels pour renforcer la personnalisation des soins pour les patients vivant avec une maladie chronique
- Piste 11. Réflexions autour de l'engagement bénévole des soignants dans un contexte de maladie chronique

Sont également disponibles les Cahiers liés à l'exécution et aux résultats du projet :

- Cahier 0. Participate Brussels. Patients, professionnels et chercheurs ensemble pour des soins de santé personnalisés en Région de Bruxelles-Capitale ! Synthèse de l'ensemble du projet.
- Cahier 1. Participate Brussels. Un projet collaboratif pour et par les Bruxellois.
- Cahier 2. Participate Brussels. Méthodologie de l'enquête de terrain, des activités de croisement des savoirs et de la co-construction des pistes pour la personnalisation des soins.
- Cahier 3. Participate Brussels. Enjeux de la personnalisation des soins aux personnes vivant avec une maladie chronique en région bruxelloise : enquête de terrain et croisement des savoirs entre patients, professionnels et chercheurs.
- **Cahier 4. Participate Brussels. Pistes pour l'amélioration de la personnalisation des soins pour les personnes vivant avec une maladie chronique dans le contexte de la Région de Bruxelles-Capitale.**
- Cahier 5. Participate Brussels. Vivre et faire vivre le croisement des savoirs et la recherche collaborative. Retours d'expérience et perspectives.

Tous ces supports, ainsi que d'autres ressources et résultats du projet Participate Brussels, sont disponibles sur le site de l'UCLouvain – IRSS à l'adresse :

<http://www.uclouvain.be/participate-brussels>

Pour citer ce document : Servais J, Dauvrin M. (2021). Participate Brussels. Piste 8. Prescription médicale continue dans un contexte de maladie chronique. Pistes pour la personnalisation des soins. Bruxelles : UCLouvain & HE Vinci.

Table des matières

Introduction.....	3
Avertissement	3
Contexte	4
Initiatives existantes.....	4
Conclusion	6
Bibliographie.....	7

Introduction

Cette piste est la **Piste 8** de la série des 11 pistes pour la personnalisation des soins issues de Participate Brussels pour les personnes vivant avec une maladie chronique en Région de Bruxelles-Capitale. Ce document est conçu pour être utilisé de façon indépendante : les lecteurs souhaitant plus de détails sont invités à consulter les **Cahiers** du projet Participate Brussels.

Les **Cahiers 1 et 2** présentent respectivement le contexte du projet Participate Brussels et le processus méthodologique ayant donné lieu à l'émergence de ces pistes. Le **Cahier 3** présente les résultats de l'enquête de terrain, des séminaires d'analyse et groupes de discussion menés avec des personnes vivant avec une maladie chronique et des professionnels : les citations incluses dans cette piste proviennent de ces différentes activités. Le **Cahier 4** présente l'entièreté des 11 pistes pour la personnalisation en trois niveaux : 1) des pistes au niveau micro du système de santé, soit au plus proche du patient, 2) des pistes au niveau méso du système de santé, soit le niveau organisationnel ou institutionnel, 3) des pistes au niveau macro, soit le niveau du système de santé de façon plus large. Dans une seconde partie, il présente l'articulation de ces pistes de personnalisation entre elles et discute comment ces 11 pistes contribuent à la personnalisation des soins dans une perspective de promotion de la santé. Le **Cahier 5** reprend le processus participatif et de croisement des savoirs sous-jacent au développement de ces pistes. Enfin, la **synthèse – Cahier 0-** présente un aperçu global du projet Participate Brussels.

Avertissement

Si, lors des analyses des données collectées en 2018 et 2019, le besoin d'une prescription médicale continue était une préoccupation relevée par les personnes vivant avec une maladie chronique, ce besoin a partiellement disparu car résolu par les pouvoirs publics, hors du cadre de ce projet. Cette section présente donc comment le besoin d'une prescription médicale continue est rencontré, sans que ce sujet ait été travaillé avec les parrains et partenaires de Participate Brussels.

Contexte

La plupart des traitements, médicamenteux ou non, pour la prise en charge de la maladie chronique sont soumis à prescription médicale. Il apparaît, à la suite des entretiens effectués auprès des patients (**voir Cahier 3**), que bon nombre d'entre eux trouveraient plus pertinent, une fois la maladie chronique stabilisée, d'avoir une prescription médicale continue. Ceci leur permettrait d'éviter de se rendre chez le spécialiste ou le généraliste maintes fois afin d'assurer la continuité de leur traitement, par exemple, lorsque le renouvellement de la prescription n'a pas été anticipé. Cette forme de prescription permettant de poursuivre un traitement de longue durée pourrait faire l'objet d'un suivi plus assidu du pharmacien de référence par exemple, ou encore par la consultation infirmière, durant l'année suivant l'émission de la prescription.

Initiatives existantes

L'utilisation de la prescription électronique fait partie des politiques stratégiques importantes pour améliorer les soins de santé en Europe (Kierkegaard, 2013). En Belgique, la prescription électronique des médicaments est obligatoire depuis le mois de janvier 2020. Cette obligation doit, à terme, permettre au patient d'aller chercher ses médicaments dans toutes les pharmacies sans avoir besoin d'une preuve papier de sa prescription. Le patient peut consulter par voie électronique ses prescriptions en attente en utilisant une application ou directement à la pharmacie. Il sera bientôt également possible d'enregistrer des prescriptions non médicales – comme la kinésithérapie ou la logopédie – dans les plateformes de référence, ce qui permettra au patient de décider de lui-même du prestataire de soins chez lequel il souhaite que sa prescription soit envoyée (SPF Santé Publique, 2019). Au Danemark, par exemple, les prescriptions électroniques, implémentées depuis la fin des années 90, permettent au médecin, au patient et au pharmacien d'avoir un aperçu de tous les médicaments qui ont été prescrits au patient. Cette numérisation de la prescription permet de fournir un moyen sûr de recouper les principes actifs, les contre-indications, et posologies afin d'assurer la qualité des soins et la sécurité aux patients. En effet, de nombreux patients souffrent de maladies chroniques multiples les amenant à consulter plusieurs spécialistes et donc à utiliser plusieurs médicaments simultanément, qui peuvent avoir des interactions (Kierkegaard, 2013). Même dans le cas d'un événement aigu se superposant à une maladie chronique, les interactions médicamenteuses peuvent entraîner des conséquences néfastes pour le patient, faute d'une vérification préalable.

« Si un patient va, il n'a pas de pharmacie attitrée et qu'il va dans dix pharmacies différentes une au boulot, près de la crèche des enfants et une tout près de la maison, on ne va pas savoir nous ce qu'il prend comme, fin on lui pose la question mais s'il a un dossier pharmaceutique partagé, ça rentre dans l'historique donc on peut gérer les interactions plus facilement etc. »

Pharmacien

Si certains hôpitaux ont déjà accès à des logiciels vérifiant la compatibilité des prescriptions entre elles, ce type de dispositif n'est pas encore généralisé et ne permet pas encore le lien entre le milieu hospitalier et la première ligne de soins. Pour remédier à ce manque, l'INAMI est en train de développer le projet VIDIS (Virtual Integrated Drug Information System). Ce projet tend à stimuler le partage d'informations entre toutes les parties impliquées dans la relation thérapeutique soit le

patient et son entourage, les dispensateurs de soins en ambulatoire entre eux mais aussi avec le milieu hospitalier (INAMI, 2020c). Un certain nombre de projets pilotes testeront l'application web à partir de l'automne 2020. A long terme, ce projet devrait permettre des prescriptions et un suivi harmonisés pour le traitement des malades chroniques.

Des études ont montré que la transmission électronique d'une ordonnance à la pharmacie augmente la probabilité qu'elle soit récupérée par le patient. En effet, plus d'un tiers des patients déclarent oublier de la déposer ou avoir eu des difficultés à le faire (Fisher et al., 2010). C'est dans ce contexte que le concept de pharmacien de référence dans le cadre de la maladie chronique prend tout son sens. Le pharmacien de référence, choisi par le patient, collabore à l'exécution du plan de soins établi par le médecin, en concertation avec le patient et les prestataires de soins concernés (INAMI, 2019). Par une écoute active, un accompagnement personnalisé via la remise d'un schéma personnel actualisé reprenant la médication du patient, le pharmacien de référence aide les patients à avoir un meilleur contrôle de leur santé et à être plus autonome dans la gestion de leur traitement médicamenteux.

Les patients prioritaires pour cette fonction et ce suivi continu sont les patients ayant le statut de malade chronique avec un dossier médical global, les patients inclus dans un pré-trajet diabète et bénéficiant d'une éducation donnée par le pharmacien, les patients polymédiqués (minimum 5 médicaments chroniques sur l'année) et les patients qui nécessitent ou expriment un besoin spécifique de suivi des soins pharmaceutiques (INAMI, 2019c).

Afin d'améliorer l'efficacité de l'offre de soins, plusieurs pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) ont favorisé, entre autre, la délégation de tâches entre médecins et les autres professionnels de la santé (de Bont et al., 2016). A ce rôle de référent clairement défini, pourrait donc se rajouter un rôle supplémentaire de suppléance mis en évidence dans les entretiens des patients rencontrés dans le cadre du projet Participate Brussels. En effet, il est assez courant de voir un pharmacien, connaissant bien sa patientèle, remettre un médicament sans prescription car le patient n'a pas anticipé la fin de son traitement ou tout simplement car le rendez-vous avec le médecin a été postposé. Il s'agirait, avec accord du médecin et des mutuelles, de permettre au patient une prolongation de sa prescription jusqu'au prochain rendez-vous. Ceci donnerait l'opportunité au patient de ne pas devoir avancer l'argent du traitement souvent onéreux, le temps de fournir la prescription nécessaire.

« S'il y avait un système où j'allais dire au pharmacien « ok j'ai besoin d'un médicament », qu'entre guillemets, il me donne le médicament, qu'il y a un genre demande où le médecin pousse sur un bouton pour dire « oui tu peux lui donner », ce serait quand même vachement plus simple que de devoir toujours courir. Et parfois on doit aller chez le médecin pour lui demander une ordonnance, c'est quand même aberrant quoi. Fin quand c'est des maladies chroniques je veux dire, fin on s'entend bien. Quand c'est des médicaments qu'on prend des années [Souffle] « mince je suis à court », quand c'est un autre médicament, c'est normal que le médecin nous explique, qu'il ne donne pas n'importe quoi. Mais quand c'est un médicament qu'on prend depuis longtemps on se dit « c'est purement un papier que j'ai besoin pour avoir mon médicament ».

Personne vivant avec la maladie de Crohn

Selon le Chronic Care Model (CCM), l'amélioration du soutien à l'autogestion, de l'aide à la décision, ainsi que l'intégration de la promotion de la santé favorisera des interactions plus productives entre les patients qui sont des participants informés dans leurs soins et les équipes de pratique qui sont prêtes et proactives à fournir des soins (Barr et al., 2003). Dans ce cadre et dans un souci de continuité de soins et de collaboration interprofessionnelle, il pourrait être envisagé, si le statut de la maladie chronique est stable, de réaliser d'abord un relais vers un infirmier de pratique avancée, par exemple dans le cadre d'une consultation infirmière, pour réaliser un bilan avec le patient qui serait transmis au médecin de référence, accompagné d'ordres permanents pour le renouvellement de la prescription. A terme, ces interactions plus efficaces pourraient améliorer la qualité de vie du patient ainsi que les résultats des traitements et la personnalisation de ses soins (Barr et al., 2003).

Conclusion

Comme décrit ci-dessus, la prescription électronique est obligatoire depuis janvier 2020 et, dans la poursuite des travaux liés à l'e-santé, devrait donner lieu à de nouvelles perspectives en matière de continuité des prescriptions.

Au-delà de la continuité de la prescription, l'enjeu majeur de cette piste est de fidéliser les patients à un médecin généraliste et à un pharmacien de référence car, en dehors de la réalisation du suivi médical et de la prise en charge médicamenteuse, cela permettrait également de réaliser un suivi plus global sur les plans psycho-sociaux. En effet, si le patient continue à aller voir plusieurs prestataires ou pharmaciens, si l'information n'est pas centralisée, le risque est que la continuité des soins au patient ne soit pas assurée. Ce dont la personne vivant avec une maladie chronique aurait besoin, c'est d'un médecin de famille qui joue ce rôle de coordinateur entre les différents prescripteurs, aidé par le pharmacien afin d'assurer l'harmonisation de son suivi somatique. Dans ce cadre, il ne faudra pas oublier d'assurer également l'enregistrement des médicaments non-remboursés qui empêche une vision globale de la consommation de médicaments pour les malades chroniques (INAMI, 2020a, 2020b, 2020c).

Bibliographie

- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73–82. <https://doi.org/10.12927/hcq.2003.16763>.
- de Bont, A., van Exel, J., Coretti, S., Güldem Ökem, Z., Janssen, M., Lofthus Hope, K., Ludwicki, T., Zander, B., Zvonickova, M., Christine, B., & Wallenburg, I. (2016). Reconfiguring health workforce: a case-based comparative study explaining the increasingly diverse professional roles in Europe. *BMC Health Services Research*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1898-0>
- Fisher, M., Stedman, M., Lii, J., Vogeli, C., Shrank, W., & Brookhart, M. (2010). Primary medication non-adherence: analysis of 195,930 electronic prescriptions. *Journal of General Internal Medicine*, 25(4), 284–290.
- INAMI. (2019). *Note explicative au trente-septième avenant à la convention entre les pharmaciens et les organismes assureurs*. <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/pharmaciens/Pages/convention-pharmaciens-organismes-assureurs.aspx>
- INAMI. (2020a). *Délivrance de médicaments par l'officine hospitalière*. Avis de l'Observatoire Des Maladies Chroniques. https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/avis_observatoire_maladie_chronique_20_03.pdf
- INAMI. (2020b). *Enregistrement des médicaments non-remboursables*. Observatoire Des Maladies Chroniques. <https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/pharmaciens/Pages/enregistrement-medicaments-non-remboursables-prescrits-delivres-en-pharmacie.aspx>
- INAMI. (2020c). *Projet VIDIS: Partager les données sur les médicaments de façon électronique*. <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/e-sante/Pages/projet-vidis.aspx>
- Kierkegaard, P. (2013). E-Precription across Europe. *Health Technology*, 3, 205–219.
- SPF Santé Publique. (2019). *Plan d'actions e-Santé 2019-2021*. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/actieplan_2019-2021_e-gezondheid.pdf