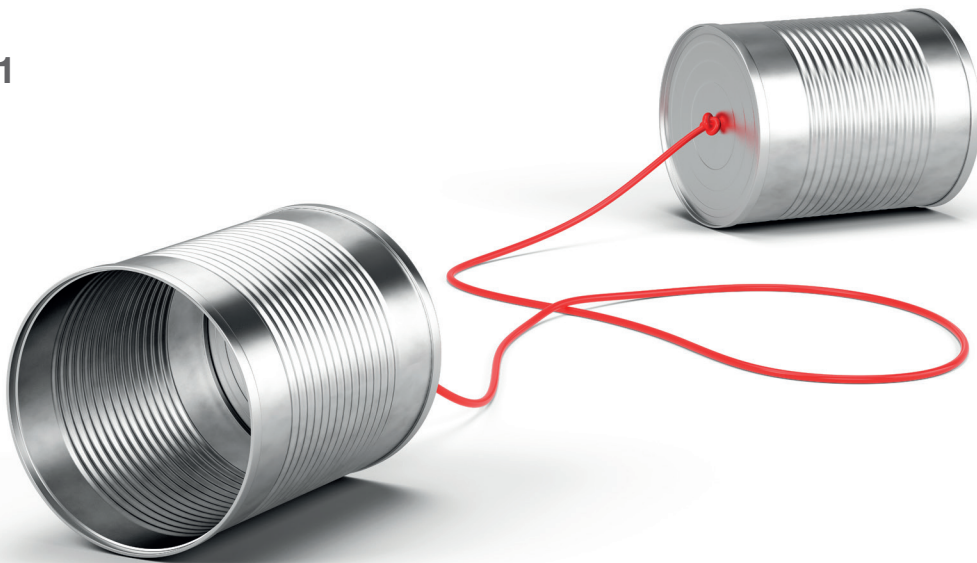




Le schéma de médication partagé

Vers une collaboration harmonieuse de tous les acteurs de soins

AOÛT 2021



Sommaire

Introduction	4
I. Qu'est-ce que le schéma de médication partagé ?	5
II. Quels sont les avantages de collaborer sur la base du schéma de médication partagé ?	6
III. Le schéma de médication partagé en pratique : Qui fait quoi ?	7
1. Rôle du patient.....	7
2. Rôle des dispensateurs de soins : processus de base (milieu ambulatoire et hospitalier)....	8
3. Rôle des dispensateurs de soins en général	9
4. Rôles des dispensateurs de soins du secteur hospitalier lors de l'admission et de la sortie de l'hôpital.....	12
5. Fournisseurs de logiciels	14
Annexes	
I. Conditions préalables au schéma de médication partagé	16
II. Matrice des rôles et des responsabilités	17

Introduction

Cette publication a pour objectif de clarifier les rôles et les responsabilités de tous les acteurs de soins¹ collaborant sur le **schéma de médication partagé** d'un patient dans la situation actuelle AS IS (2021).

Un « **schéma de médication** » est la visualisation sous forme d'un aperçu schématique et global de tous les médicaments actifs² qui ont été prescrits et/ou délivrés à un patient.

Le terme «partagé» dans « **schéma de médication partagé** » fait référence au fait que ces données peuvent être partagées avec les autres dispensateurs de soins concernés, et cela devient possible moyennant le stockage de ces données dans les coffres-forts régionaux. Donc avec « schéma de médication » on fait référence à la fois à l'instrument et au modèle de données sur lesquels plusieurs dispensateurs de soins collaborent afin d'arriver au statut le plus à jour des médicaments que prend le patient.

Cela présuppose que ce schéma de médication partagé soit disponible pour tous les dispensateurs de soins qui ont un lien thérapeutique avec le patient et que ce patient ait donné son consentement éclairé. Cela permet une bonne collaboration multidisciplinaire entre eux, dans le cadre de la continuité des soins au patient. Le partage de ces données est donc multidisciplinaire et bidirectionnel entre les prestataires de soins autour du patient.

Actuellement, des problèmes de compatibilité technique persistent sur le terrain entre les différents logiciels des dispensateurs de soins. De plus, le schéma de médication partagé n'est pas encore opérationnel dans tous les logiciels, et le « journal »³ n'est pas encore disponible partout. Nous cherchons à lever ces limitations. Entre-temps, des ajustements à la méthode de travail seront parfois nécessaires localement⁴ pour permettre de partager le schéma de médication partagé. Par exemple, certains dispensateurs de soins travailleront encore avec un schéma de médication sur papier (voir les conditions préalables à l'annexe 1).

Par ailleurs, la collaboration entre tous les dispensateurs de soins impliqués dans le schéma de médication partagé exige un processus d'apprentissage et de croissance. De bons accords mutuels seront toujours nécessaires. Dans cette brochure, nous décrivons un flux de travail de base qui devrait faciliter ces accords. L'importance d'une bonne communication mutuelle ne peut être sous-estimée. Avec une bonne communication entre les dispensateurs de soins, des accords au niveau local⁴ sont aussi possibles pour mettre à jour le schéma de médication partagé. Le but de ceci est de garantir l'exhaustivité et l'exactitude, en plus du bon fonctionnement du schéma de médication partagé.

De plus, bien maîtriser son propre logiciel comme dispensateur de soins est très important aussi. Le schéma de médication partagé peut se révéler complexe pour certains patients. Par conséquent, chaque dispensateur de soins de santé doit être formé à la création, à la consultation, au partage et à la maintenance électronique du schéma de médication partagé. Appliquer les trucs et astuces pour mettre correctement en œuvre les lignes de médicaments dans le schéma peut déjà apporter des réponses aux nombreuses questions, incertitudes ou difficultés pour le patient.

Cette publication vise à répondre aux questions de base sur le plan tant opérationnel que technologique (et juridique), puisque chaque acteur a son rôle à jouer dans le partage du schéma de médication. Revoir l'élaboration concrète de la répartition des rôles peut être nécessaire s'il y a de nouveaux développements dans le schéma de médication partagé, par exemple la question

1. Les « acteurs de soins » dans le contexte de cette publication sont ceux qui sont définis dans la matrice d'accès eHealth et qui sont repris dans l'annexe 2 de ce document. Si on réfère aux « dispensateurs de soins », on réfère à tout acteur de soins sauf au patient.

2. Un médicament est actif s'il a une «date de fin» qui n'est pas encore expirée au moment où le schéma de médication est consulté. Les lignes temporairement arrêtées doivent donc également être représentées selon cette définition, mais avec la mention «temporairement arrêté».

3. Le journal est un journal numérique dans lequel les utilisateurs peuvent mettre des notes.

4. Dans une région (commune, région principale ou de soins, groupe de municipalités, etc.), les dispensateurs de soins peuvent conclure des accords mutuels sur la coopération et la communication.

de pouvoir montrer l'historique d'une ligne de médicaments, la question de pouvoir relier les prescriptions et les livraisons par la pharmacie à la ligne de médicaments concernée, la question de l'interopérabilité et de l'échange entre la première et la deuxième ligne de soins,...

I. Qu'est-ce que le schéma de médication partagé ?

Le **schéma de médication partagé** est un document partagé **électroniquement** entre les dispensateurs de soins, qui ont un lien thérapeutique avec le patient, dans le cadre de la continuité des soins de celui-ci, et à condition que ce patient y ait donné son consentement éclairé. Ce schéma de médication partagé est construit et/ou mis à jour par tous les dispensateurs de soins impliqués dans la prise en charge médicamenteuse de ce patient. Il est publié dans le système de données régional (généralement appelé le « coffre-fort » régional).

Le **schéma de médication partagé** contient les informations de tous les médicaments **actifs** (à la fois les médicaments contenus dans la SAM⁵, ainsi que les produits de santé complémentaires - dans la mesure où cela est pertinent dans le contexte du traitement du patient) qui ont été soit prescrits soit délivrés⁶ à un patient sans ordonnance.

Le schéma de médication partagé comprend des « **lignes de médicaments** »⁷ fournissant entre autres les informations suivantes :

- Nom/intitulé (du médicament)
- Forme galénique/pharmaceutique
- Voie d'administration
- Dose unitaire
- Fréquence d'administration
- Moment de l'administration
- Durée du traitement ('Début' + 'Fin')
- Suspension du traitement possible – interruption
- Points d'attention

Les éléments inclus dans la ligne de médicaments seront mis à la disposition des personnes habilitées selon les directives de la matrice d'accès eHealth, et à condition qu'il existe une relation thérapeutique avec le patient concerné.

Les dispensateurs de soins concernés⁸, le patient et/ou toute personne de confiance du patient doivent pouvoir disposer de ces informations via une « visualisation » et/ou une « impression » claires.

Par principe⁹, les médicaments administrés pendant la durée d'une hospitalisation (d'un séjour qui comporte au moins 1 nuit) NE sont PAS ajoutés au schéma de médication partagé. Par contre, une médication spécialisée¹⁰, pour utilisation en ambulatoire¹¹, EST ajoutée au schéma de médication partagé.

5. Source authentique des médicaments.

6. Il s'agit donc de la liste des médicaments que le patient doit prendre. Cependant, cette liste ne dit pas si le patient prend ces médicaments effectivement oui ou non.

7. Une ligne de médicaments est la représentation visuelle de tous les détails et informations sur un médicament du schéma de médication.

8. Cela implique la présence d'une relation thérapeutique établie entre le dispensateur de soins et le patient.

9. Lorsqu'un médicament est administré à l'hôpital (par exemple des antibiotiques pendant la dialyse), il se peut que cela provoque des effets indésirables, des effets secondaires et/ou des interactions médicamenteuses chez le patient. C'est pourquoi, ce médicament est inclus dans le schéma de médication et sera sauvegardé au sein du schéma de médication partagé dans le « coffre-fort » régional, à la sortie du patient.

10. prescrit par un spécialiste de l'hôpital

11. L'hospitalisation à domicile / la clinique de jour / l'hospitalisation de jour / consultation d'un spécialiste dans l'hôpital sont considérées comme un milieu ambulatoire.

Le schéma de médication partagé peut donc comprendre à la fois des médicaments délivrés dans une pharmacie publique et des médicaments délivrés par une pharmacie hospitalière.

Il est recommandé au patient de déclarer qu'il prend des médicaments obtenus via une pharmacie en ligne¹², de l'étranger ou en automédication. La mention se fait dans le « journal »¹³ ou via son pharmacien de référence.

Les lignes de médicaments doivent toujours faire référence de manière concrète au prescripteur initial ou - dans le cas de vente libre - au pharmacien qui a délivré le médicament. Toutefois, cela ne dispense pas l'acteur de soins qui prend le patient en charge de consulter le schéma de médication partagé avant d'y ajouter une ligne de traitement et/ou de modifier une ligne de traitement existante (p. ex. suspension temporaire du traitement, ajustement de la dose, etc.). Dans ce cas, la ligne mentionnera aussi le nom de ce nouveau dispensateur de soins qui a ajouté/changé ou arrêté la ligne de médicaments existante.

II. Quels sont les avantages de collaborer sur la base du schéma de médication partagé ?

Dans notre environnement, la numérisation devient progressivement la norme. L'information est de plus en plus mise à disposition des utilisateurs. De son côté, le patient ne veut plus devoir constamment redonner les mêmes informations. Il veut devenir « copilote » de sa santé et donc de ses soins, en concertation avec son équipe de soins multidisciplinaire. La gestion des médicaments en fait désormais partie.

Le schéma de médication partagé est un instrument important créé à cet effet. Si chaque acteur de l'équipe de soins assume correctement son rôle et sa responsabilité, alors :

Pour le patient :

- Le patient est **mieux informé**.
- Le schéma de médication partagé facilite le **respect par le patient du traitement prescrit**.
- Le schéma de médication partagé, utilisé correctement, rend également le processus de soins **plus sûr**.

Pour le prestataire de soins :

- Cela facilite le travail des prescripteurs et des pharmaciens car ils disposent de la **liste complète et à jour** de la médication.
- Le schéma de médication partagé fournit un **moyen de communication** rendant disponibles toutes les informations importantes et pertinentes et permettant de **prendre des décisions plus judicieuses**.
- Le schéma de médication partagé devient un outil qui rend le processus de soins, et en particulier la continuité de soins, **plus transparent** ; par exemple, de meilleurs soins peuvent être prodigués en cas d'hospitalisation.

Pour la société :

- En tant que société, nous **dépendons moins** pour les problèmes liés aux médicaments (hospitalisations évitables, ...).

12. Une pharmacie en ligne en Belgique a les mêmes obligations qu'une autre pharmacie (belge).

13. Des solutions techniques seront fournies pour garantir que les notes de journal d'un patient s'affichent lorsqu'un dispensateur de soins consulte le schéma de médication.

Une collaboration fluide et continue sur la base du schéma de médication partagé consiste donc avant tout à :

- assumer correctement ses propres tâches et responsabilités légales
- utiliser les outils supplémentaires tels que le schéma de médication partagé en étant conscient de ses limites (exhaustivité non garantie par exemple)
- impliquer le patient lorsque cela est possible afin d'obtenir davantage d'informations
- publier systématiquement, et donc à chaque ajout ou modification, les nouvelles informations dans le schéma de médication partagé.

La responsabilité globale du schéma de médication partagé se décline en responsabilités individuelles des dispensateurs de soins pour chaque médicament prescrit et/ou délivré, au niveau de la ligne de médicaments.

III. Le schéma de médication partagé en pratique : Qui fait quoi ?

1. Rôle du patient

Le patient a un rôle central dans l'ensemble du processus mis en place. Le **consentement éclairé**¹⁴ du patient est une condition préalable au partage du schéma de médication partagé dans le système de données régional (généralement appelé le « coffre-fort » régional).

En outre, le patient a un rôle pivot dans la gestion de sa propre santé : par exemple, il peut :

- fournir des informations sur son schéma de médication partagé, sur le dispensateur de soins qui l'a établi et/ou l'aurait complété
- communiquer avec d'autres membres de l'équipe de soins, signaler les problèmes de médication, etc.

Le patient **fournit suffisamment d'informations à l'équipe de soins** pour que cette équipe puisse dresser un tableau complet de sa prise de médicaments. Il fait aussi un retour d'information régulier sur les médicaments qui sont efficaces ou non dans son cas. L'objectif est de pouvoir ajuster le schéma de médication partagé si nécessaire. Ainsi, le schéma de médication partagé est un instrument qui soutient une anamnèse exacte (ou conforme à la réalité) et spécifique à chaque dispensateur de soins. Les soins qui en découlent seront adéquats.

Le patient peut également **consulter son propre schéma**. Comme déjà indiqué, il est important que le patient participe à l'élaboration du schéma de médication partagé et qu'il informe ses dispensateurs de soins en cas de problème lié à un médicament afin que ceux-ci, et plus spécifiquement le prescripteur ou le pharmacien¹⁵, puissent adapter ce schéma de médication.

Cette co-responsabilité incombe au patient. Les différents dispensateurs de soins impliqués

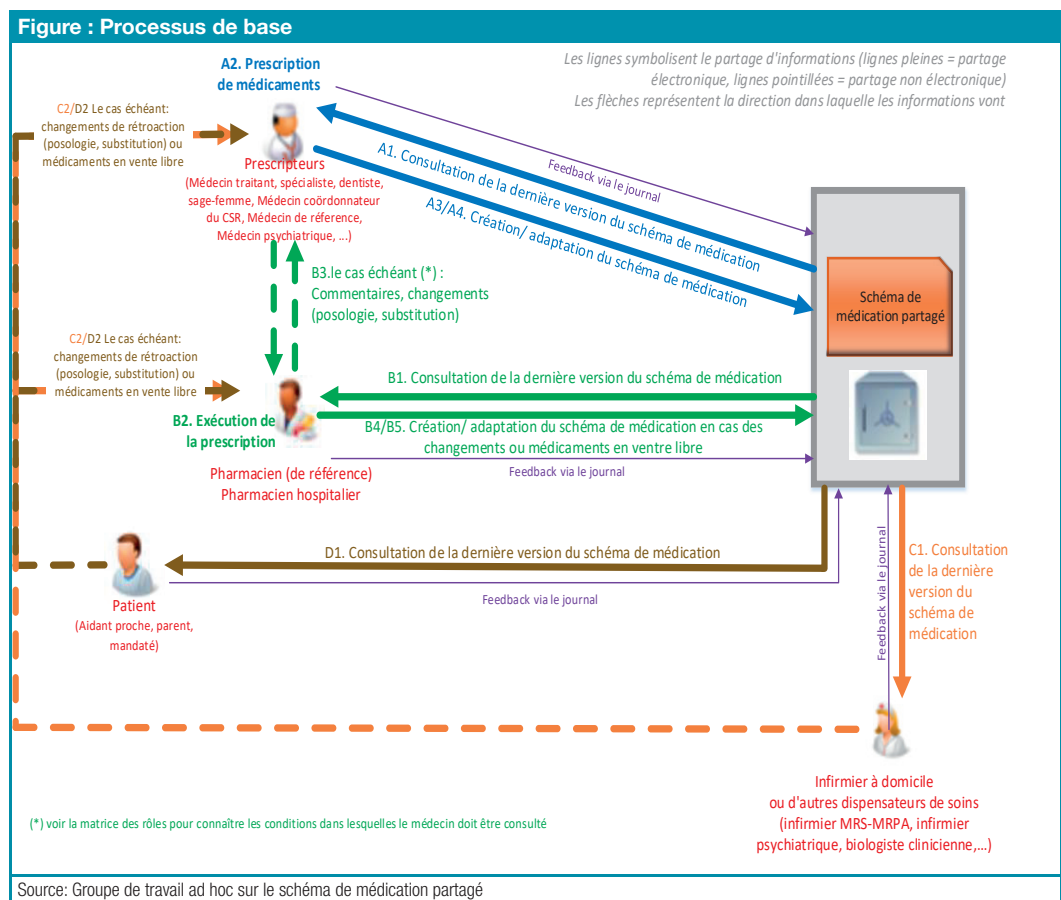
14. Le consentement éclairé est l'approbation qu'un patient doit donner avant que les données de santé de ce patient puissent être partagées électroniquement. Cette approbation doit être faite par chaque patient individuellement («opt-in») ou dans le cas d'un enfant: le parent ou le tuteur. Le consentement éclairé d'un patient au partage électronique de ses données de santé exige d'une part un lien thérapeutique avec l'acteur de soins qui le prend en charge et d'autre part que cet échange d'information prenne place dans le cadre de la continuité des soins. Ce consentement est NATIONAL. Les informations du patient sont stockées de façon sécurisées dans le coffre-fort de la Région de résidence du patient.

15. Sous réserve des rôles et responsabilités discutés plus loin dans ce texte.

considèrent en effet les facteurs qui rendent le patient vulnérable¹⁶ et évaluent si cette vulnérabilité implique des difficultés pour assumer cette responsabilité dans le chef du patient. Si nécessaire, le dispensateur de soins peut faire appel à une aide plus professionnelle.

2. Rôle des dispensateurs de soins : processus de base (milieu ambulatoire et hospitalier)

La figure ci-dessous illustre le processus du schéma de médication partagé.



En annexe 2, vous trouverez une matrice des rôles et des responsabilités de tous les acteurs impliqués dans le schéma de médication partagé, y compris celles du patient.

Dans les pages qui suivent, nous allons expliquer en détails certaines étapes du processus, en mettant l'accent sur les rôles des dispensateurs de soins, d'abord en général, ensuite en particulier dans le contexte hospitalier.

16. « Les citoyens vulnérables sont des personnes qui rencontrent des problèmes dans leur vie quotidienne et leur capacité à résoudre ces problèmes (leur capacité de charge). Les problèmes de santé (y compris les problèmes de santé mentale), les problèmes socio-économiques, les problèmes de logement, l'origine migratoire, le faible niveau d'éducation, les situations familiales difficiles ou problématiques (y compris l'isolement) sont des facteurs qui augmentent cette surcharge. Les personnes particulièrement vulnérables sont celles dont les problèmes sont si complexes et globaux qu'elles perdent le contrôle (de leur propre vie) et ne demandent pas, voire refusent, les soins ou le soutien dont elles ont besoin ». (Maison de la santé, 2018). La loi sur les droits des patients régit la législation pertinente.

3. Rôle des dispensateurs de soins en général

a. Consulter le schéma de médication partagé (via les flèches A1, B1, C1, D1 du « coffre-fort » régional)

Le schéma de médication partagé est stocké dans le système de données régional (généralement appelé le « coffre-fort » régional), tout comme le « dossier santé résumé » (aussi appelé « Sumehr ») élaboré par le médecin généraliste. Depuis ce coffre-fort, un certain nombre de flèches mènent à tous les dispensateurs de soins concernés, ainsi qu'au patient : un schéma de médication partagé est donc destiné à être **consulté par toutes ces parties**, qui ont un lien thérapeutique avec ce patient.

Après tout, un schéma de médication partagé à jour nécessite de surveiller les informations disponibles. Lors de l'ouverture du dossier médical, pharmaceutique, dentaire, infirmier ou de la sage-femme, le logiciel de tout dispensateur de soins, et a fortiori celui d'un prescripteur ou d'un pharmacien, doit automatiquement vérifier et visualiser clairement s'il existe un schéma de médication partagé pour le patient dans le « coffre-fort » régional.

Bien que la figure ci-dessus présente surtout les processus informatisés entourant le schéma de médication partagé, une attention suffisante doit également être portée au suivi et à la mise à jour correcte du schéma de médication sur papier. Là aussi, de bons accords et une bonne communication entre les dispensateurs de soins sont essentiels : éviter les différentes versions des schémas de médication partagés, travailler sur les informations existantes, le retour d'information et la consultation si nécessaire.

b. Élaborer ou délivrer une prescription après consultation du schéma de médication partagé (A2, B2)

Tant lors de l'établissement d'une prescription que lors de sa délivrance, chaque dispensateur de soins vérifie si celle-ci correspond aux informations disponibles dans le schéma de médication partagé, et éventuellement à d'autres informations sur l'utilisation des médicaments par le patient (par exemple, informations du « journal », commentaires oraux du patient, informations sur les médicaments délivrés, etc.). Tous les dispensateurs de soins ont un rôle à jouer dans l'éducation des patients, et doivent accorder une attention particulière à tout effet secondaire que le patient signale. Le patient ou l'aidant proche¹⁷ doivent recevoir suffisamment d'informations sur la prise correcte du médicament.

Outre le médecin généraliste (titulaire du DMG), le pharmacien (de référence) est l'acteur de soins le plus proche du patient dans le cadre de son utilisation des médicaments. Cela s'exprime aujourd'hui, entre autres, dans l'explication orale au patient, mais aussi dans la fourniture d'informations écrites au patient, telles que l'apposition d'étiquettes sur l'emballage du médicament avec les informations nécessaires sur la posologie et la durée du traitement. Toute information manquante à ce sujet dans la ligne de médicaments concernée est complétée et communiquée au patient par le pharmacien aujourd'hui autant que possible, et au moins oralement.

17. Les aides prodiguées par un aidant proche peuvent être de nature très diverse. Il peut s'agir d'une aide ménagère ou de tâches plus proches de soins. Dans le cas où un aidant proche offre un soutien pour une prise correcte des médicaments, il est important que l'aidant proche reçoive également les informations nécessaires à ce sujet (par exemple, du prescripteur ou du pharmacien). Cependant, cela ne signifie pas que l'aidant proche ait également accès au schéma de médication partagé. Hormis les dispensateurs de soins avec lesquels il existe une relation thérapeutique (et sous réserve de l'autorisation nécessaire), seul le patient, son représentant (en cas d'incapacité du patient à exercer ses droits) ou sa personne de confiance ont accès au dossier du patient. La loi relative aux droits du patient régit la matière et prévoit notamment la possibilité pour un patient (encore capable) de demander unilatéralement par écrit qu'une (ou plusieurs) personne(s) de confiance identifiée(s) puisse consulter son (ses) dossier(s) patient(s) ou en obtenir une copie (art. 9 §2 et 9§ 3 de la loi). L'aidant proche ne peut donc consulter le dossier patient que si le patient l'y autorise par écrit en le désignant comme personne de confiance ou s'il est le représentant du patient devenu incapable, au sens de la loi « droits du patient ».

c. Créer le schéma de médication partagé (via les flèches A3, B4)

S'il n'existe pas encore de schéma de médication partagé pour le patient dans le « coffre-fort » régional, le dispensateur de soins compétent en établira un à partir des informations pertinentes et disponibles (par exemple, à partir des dossiers médicaux ou pharmaceutiques, de la consultation du patient ou d'autres dispensateurs de soins). Après la création, il publiera le schéma de médication partagé afin qu'il soit disponible dans le « coffre-fort » régional.

Lors de sa création, le schéma de médication partagé doit donner une image la plus complète possible des médicaments actifs qu'un patient prend ou qui lui ont été prescrits. Cette garantie ne peut pas être donnée avec certitude par un prescripteur qui n'est pas le médecin en charge du DMG¹⁸ ou par un pharmacien qui n'est pas le pharmacien de référence du patient. L'initiative d'établir le schéma de médication partagé revient de préférence au médecin en charge du DMG ou au pharmacien de référence (à condition, bien entendu, que le patient ait donné son consentement éclairé). D'autres dispensateurs de soins selon la matrice des rôles et responsabilités (voir annexe 2), peuvent toutefois prendre l'initiative d'établir¹⁹ le schéma de médication partagé s'ils ont un lien thérapeutique avec le patient, mais ils doivent être conscients des risques que comporterait un schéma de médication incomplet. Le patient ou l'aidant proche sera informé et impliqué dans l'établissement du schéma de médication partagé. Les autres acteurs de soins seront aussi informés de l'existence du schéma de médication partagé pour le patient.

d. Adapter le schéma de médication partagé (via les flèches A4, B5)

Tous les dispensateurs de soins qui ont accès au schéma de médication partagé via leur logiciel peuvent consulter le schéma de médication partagé à tout moment (à condition qu'il y ait un lien thérapeutique et que cela se passe dans le cadre de la continuité des soins) et, selon leur rôle et leur compétence, le compléter et/ou le modifier. A priori, le schéma de médication partagé actuel et les lignes de médicaments existantes seront maintenus dans la mesure du possible. **En aucun cas, ces lignes ne seront écrasées ou dupliquées.** Les lignes de médicaments existantes devront être prises en compte et maintenues dans le respect de la déontologie et du partage du schéma. Ceci implique que les dispensateurs de soins sont tenus de les lire avant de prescrire une nouvelle médication ou pour mieux comprendre l'état de santé de leur patient. Ils peuvent soit ajouter une note, soit modifier les lignes de médicaments pour une meilleure prise en charge médicamenteuse du patient.

En **règle générale**, il est **recommandé** de toujours créer une ligne de médication avec une **posologie structurée**. Chaque dispensateur de soins devrait, dans le respect mutuel de ses collègues, prescrire des ordonnances aussi structurées que possible et inscrire les lignes de médicaments dans le schéma de médication partagé existant.

Chaque dispensateur de soins est cogestionnaire du schéma de médication partagé complet et correct. Le dispensateur qui souhaite adapter le schéma de médication partagé dans le « coffre-fort » régional reste responsable de **la cohérence** de l'ensemble du schéma de médication. Cela signifie qu'il doit vérifier le schéma de médication partagé pour l'arrêt, l'ajustement ou la suppression des lignes de médicaments dans le cadre du traitement afin de prévenir les interactions médicamenteuses, d'éviter une duplication de traitement (par exemple, à cause de la prescription de nouveaux médicaments sans arrêt préalable d'un autre médicament, ou par ailleurs liés à des antécédents médicaux, etc.).

18. DMG = Dossier Médical Global

19. Le cas échéant, il est recommandé d'informer le médecin généraliste détenteur du GMD de cette initiative et de lui demander de valider le planning de médication partagé.

Dans ce qui suit, nous clarifions les rôles et responsabilités des dispensateurs de soins par action. En général, nous pouvons dire que

- Le démarrage ou l'arrêt d'un traitement avec un médicament sur ordonnance ne peut bien sûr être effectué que par des prescripteurs autorisés, c'est-à-dire des médecins, des dentistes et des sages-femmes.
- La création, l'ajustement ou la suppression des lignes de médicaments dans le schéma de médication pour des médicaments sur ordonnance est généralement effectuée par le fournisseur de soins qui initie le traitement. Le pharmacien vérifie si des médicaments en vente libre²⁰ doivent être ajoutés.
- Lors de la délivrance des médicaments, le pharmacien complète le schéma de médication par des informations relatives aux médicaments fournis et aux soins pharmaceutiques prodigués.

ANNULER DES LIGNES DE MÉDICAMENTS²¹ À CAUSE D'UNE ENTRÉE INCORRECTE

La suppression d'une ligne de médicaments en cas de correction, et avant la délivrance du médicament, est effectuée par le dispensateur de soins qui a ajouté les médicaments concernés.

ARRÊT DÉFINITIF DES LIGNES DE MÉDICAMENTS²²

L'arrêt permanent d'une ligne de médicaments créée par un prescripteur est un acte médical. Cela a un impact sur la prise de médicaments par le patient. Seuls les prescripteurs^{23,24} compétents peuvent arrêter une ligne définitivement.

ARRÊT TEMPORAIRE DES LIGNES DE MÉDICAMENTS

L'arrêt temporaire d'une ligne de médicaments créé par un prescripteur est un acte médical. Cela a un impact sur la prise de médicaments par le patient.

Dans certaines circonstances, il peut être approprié d'arrêter temporairement une ligne de médicaments. La suspension temporaire des lignes de médicaments dans le schéma de médication est effectuée par l'auteur de la ligne de médicaments si possible. En pratique, cela ne sera pas toujours possible.

- Les prescripteurs compétents peuvent arrêter temporairement une ligne. Ceci est de préférence effectué par le médecin traitant.
- Si un dentiste ou une sage-femme souhaite interrompre temporairement une ligne de médicaments existante dans le cadre d'un traitement, il en discutera au préalable avec le prescripteur du médicament concerné.
- Si un pharmacien identifie un problème (lié au médicament) concernant une ligne de médicaments, il consultera le prescripteur du médicament en question. S'il ne peut pas joindre le prescripteur ou le médecin détenteur du DMG, et s'il est incapable de délivrer le médicament en raison de sa responsabilité légale, il interrompra temporairement la ligne de médicaments jusqu'à ce qu'il ait pu contacter le prescripteur, ou il l'ajustera (voir « changement d'une ligne de médicaments »). Une solution technique par laquelle une notification à ce sujet est faite au médecin prescripteur, associée à une notification au médecin, doit être fournie dans le TO BE.

20. Dans la mesure où le médicament/ produit de santé délivré aurait un impact potentiel sur la sécurité du patient ou la qualité de la prise en charge du patient.

21. L'annulation ou suppression d'une ligne de médicaments est effectuée sans connotation de traçabilité.

22. L'arrêt définitif d'une ligne de médicaments est effectuée de telle façon à ce qu'une traçabilité reste possible.

23. Si les dispensateurs de soins compétents déterminent que le schéma de médication contient des lignes de médicaments qui apparemment ne correspondent plus aux intentions thérapeutiques actuelles (par exemple, des lignes de médicaments qui ont depuis longtemps cessé de s'appliquer ou des lignes de médicaments qui ont été créées deux fois), ils peuvent supprimer ces lignes et, si nécessaire, s'assurer des intentions de l'auteur de la ligne de médicaments.

24. Si un pharmacien a mis en place une ligne de médicaments (pour un médicament en vente libre sans ordonnance), dans ce cas, le pharmacien peut également arrêter cette ligne.

CHANGER UNE LIGNE DE MÉDICAMENTS

- Les prescripteurs compétents peuvent modifier une ligne de médicaments si nécessaire.
- Si un pharmacien doit apporter des ajustements au schéma de médication partagé lors de la mise en œuvre d'une ordonnance, il respecte l'intention thérapeutique du prescripteur et ne change donc pas une ligne de médicaments dans le schéma, sauf dans les cas suivants:
 - après consultation préalable du prescripteur;
 - sans consultation préalable du prescripteur, lorsque l'adaptation est évidente et inévitable (ex: substitution en cas de rupture de stock, clarification, moment de prise incorrect, ...);
 - S'il ne peut pas joindre le prescripteur, et si, en raison de sa responsabilité (légale), il est incapable de délivrer le médicament (par exemple sur la base de l'historique dans le DPP; en consultation avec le patient ; en cas d'interaction potentiellement dangereuse ou autre situation dangereuse pour le patient comme p.ex. prescription d'un médicament tératogène pour des femmes enceintes, ...), il interrompra temporairement la ligne de médicaments jusqu'à ce qu'il ait pu contacter le prescripteur (voir arrêt temporaire des lignes de médicaments), ou il l'adaptera. Une solution technique dans laquelle une notification à ce sujet est faite au médecin prescripteur, couplée à une notification au médecin, doit être fournie dans le TO BE.

Des modifications ou des mises à jour du schéma de médication partagé peuvent également être effectuées plus tard, si le patient n'est pas présent chez le dispensateur de soins. Toutefois, afin d'éviter toute interférence par rapport à d'autres dispensateurs qui s'occuperaient au même moment du patient, il est préférable d'ajuster/actualiser le schéma de médication partagé dès que possible lors ou juste après la visite du patient. La règle est d'ajuster le schéma immédiatement, en présence du patient. Si cela n'est pas possible pour des raisons pratiques, cela se produira **au plus tard un jour après la visite du patient**.

e. Donner du feedback (via des flèches non numérotées)

Les ajustements des lignes de médicaments sont actuellement réservés aux prescripteurs et aux pharmaciens. Les infirmiers à domicile, les aidants proches et les patients ne peuvent pas modifier les lignes. En cas de besoin de modifier le schéma de médication partagé, ils contactent le prescripteur ou ils donnent un retour d'information via le « journal » (si disponible)²⁵.

4. Rôles des dispensateurs de soins du secteur hospitalier lors de l'admission et de la sortie de l'hôpital²⁶

Afin d'éviter les erreurs, une attention particulière est portée au schéma de médication partagé à 2 moments critiques:

- lorsqu'un patient est hospitalisé
- lorsqu'un patient quitte l'hôpital ou passe en hôpital de jour

Il s'agit à ce moment de réaliser une « réconciliation » du schéma de médication partagé se trouvant dans le « coffre-fort » régional avec celui publié par l'hôpital, à l'entrée et à la sortie de l'hôpital. Voici les règles convenues pour ça :

25. Actuellement une note dans le journal ne peut être donnée au niveau du schéma de médication partagé global. À terme, il devrait être possible de donner un retour d'information par ligne de médicaments via le journal.

26. Dans ce chapitre, nous supposons que les hôpitaux peuvent ajuster le schéma de médication partagé et le sauvegarder dans le « coffre-fort » régional. Cependant, aujourd'hui, il s'agit encore plutôt d'une exception. Dans les conditions préalables (annexe 3), nous stipulons que les dispensateurs de soins peuvent, dans ce cas, aussi partager le schéma de médication sur papier.

a. Continuer de travailler au maximum sur le schéma de médication partagé qui existe dans le « coffre-fort » régional

Si la prise de médicaments continue après la sortie de l'hôpital ou après une visite à l'hôpital (lors d'une consultation en ambulatoire), ces médicaments doivent se trouver dans le schéma de médication partagé mis à jour. Dans le cas contraire, des informations importantes pourraient être perdues. Selon son rôle et compétence (voir annexe 2), le **prescripteur/ pharmacien hospitalier** peut mettre à jour les lignes existantes, arrêter une ligne, ou simplement ajouter de nouvelles lignes de médicaments.

S'il n'y a pas de schéma de médication partagé dans le « coffre-fort » régional, le dispensateur de soins de l'hôpital peut bien sûr démarrer un nouveau schéma de médication à partir de son propre dossier patient informatisé (DPI) et le sauvegarder dans le « coffre-fort » régional.

Les lignes de médicaments existant déjà dans le schéma de médication partagé doivent rester lors de l'écriture au « coffre-fort » régional. En aucun cas, les lignes de médicaments existantes ne doivent être retirées, puis réenregistrées et rechargées dans le « coffre-fort » régional : cela engendrerait la perte d'informations importantes.

b. Le DPI²⁷ contient une copie locale du schéma de médication partagé se trouvant dans le « coffre-fort » régional

Lors de l'admission d'un patient à l'hôpital, le dispensateur de soins de l'hôpital fera une copie du schéma de médication partagé original (se trouvant dans le « coffre-fort » régional) afin qu'il figure en l'état dans le DPI de l'hôpital. Cette copie sert à effectuer une « réconciliation » des médicaments à l'admission, et à vérifier que les lignes de médicaments d'origine sont restaurées à la sortie de l'hôpital, à l'exception des ajustements qui ont été faits à l'hôpital même et qui ont dû être complétés dans le schéma de médication partagé.

c. La substitution des médicaments que le patient prend à domicile n'est pas permise

Le patient a ses habitudes de prise et de reconnaissance des médicaments qu'il prend à domicile. Ces médicaments pris à domicile ne peuvent pas être substitués dans le schéma de médication partagé (par exemple : substitution d'un médicament générique par un médicament de marque, en lien avec le formulaire de l'hôpital, ou vice-versa). Si le principe actif est conservé, le dispensateur de soins à l'hôpital peut substituer des médicaments lors de l'hospitalisation d'un patient ou **pendant** le traitement à l'hôpital, mais il doit rétablir les lignes de médicaments du schéma de médication partagé à l'identique de celles existantes à l'entrée à l'hôpital (cf. information dans le schéma de médication partagé dans le « coffre-fort » régional).

d. Médicaments administrés à l'hôpital

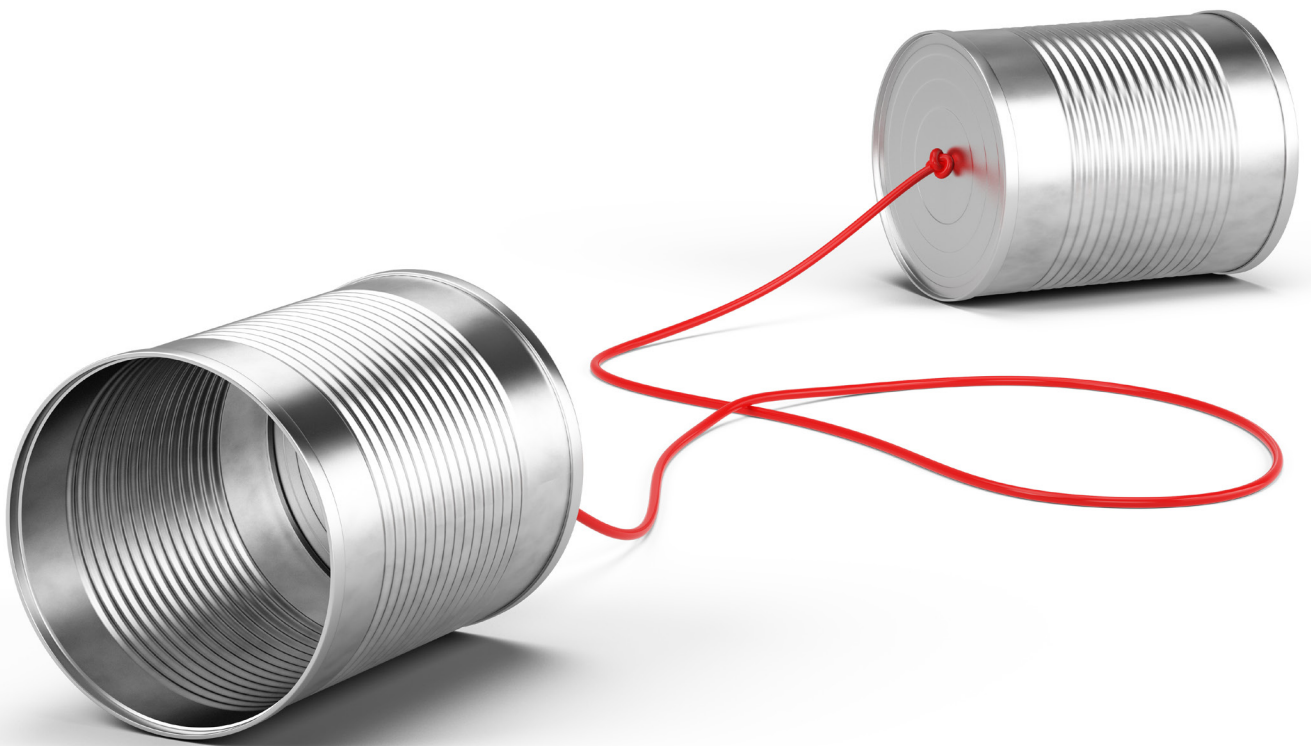
Lorsqu'un médicament est administré à l'hôpital (par exemple des antibiotiques pendant la dialyse), il se peut que cela provoque des effets indésirables, des effets secondaires et/ou des interactions médicamenteuses chez le patient. C'est pourquoi, ce médicament est inclus dans le schéma de médication et sera sauvegardé au sein du schéma de médication partagé dans le « coffre-fort » régional, à la sortie du patient.

5. Fournisseurs de logiciels

Les fournisseurs de logiciels doivent interpréter correctement les spécifications techniques et la documentation. Celles-ci découlent des besoins du terrain et concernent donc les règles à suivre par le logiciel pour y répondre. Il ne s'agit pas des besoins d'un groupe spécifique de dispensateurs de soins, mais de ceux de tous les dispensateurs de soins qui ont un rôle dans le schéma de médication partagé et de ceux du patient pour lequel ce schéma de médication est géré et partagé.

Pour cette raison, il ne devrait pas y avoir de possibilité d'interprétation dans les spécifications techniques car l'interopérabilité entre les logiciels qui en découle doit pouvoir être garantie. Tous les fournisseurs de logiciels ont donc un rôle à jouer pour aider à clarifier les interprétations possibles des spécifications techniques et de la documentation, et pour ensuite mettre en œuvre correctement ces spécifications.

Annexes



I. Conditions préalables au schéma de médication partagé

- Techniquement, il devrait être possible de partager le schéma de médication partagé. Les logiciels doivent permettre de créer et/ou de consulter correctement le schéma de médication partagé. Les dispensateurs de soins qui n'ont pas la possibilité de partager électroniquement le schéma, peuvent le partager sur papier.
- Nous supposons toujours un **seul schéma de médication partagé** pour continuer à le mettre à jour. Par conséquent, s'il n'y a qu'un seul dispensateur de soins compétent qui travaille par voie électronique, il lui appartient de maintenir le schéma de médication partagé et de compléter les informations des autres dispensateurs.
- Chaque dispensateur de soins doit être correctement formé à la création, à la consultation et au partage électronique du schéma de médication partagé, et doit respecter ses tâches et responsabilités légales.

II. Matrice des rôles et des responsabilités

Remarque préliminaire : si « oui » est indiqué dans le tableau ci-dessous, cela signifie « oui si le patient a donné son consentement éclairé, et s'il existe un lien thérapeutique avec le prestataire de soins en question, et si le patient n'a pas défini une exclusion pour le prestataire de soins en question. »

Acteurs	Créer le schéma de médication partagé	Modifier (écrire dans) le schéma de médication partagé	Terminer une ligne de médicaments dans le schéma de médication partagé (*)	Lire le schéma de médication partagé	Lire et écrire du feedback sur le schéma de médication partagé (via le journal)
Patient	non	aujourd'hui non /seulement via le journal possibilité à permettre à l'avenir	non, /seulement via le journal	oui	oui
Médecin	oui	oui	oui	oui	oui
Médecin de référence (DMG)	oui par préférence	oui	oui	oui	oui
Médecin spécialiste	oui	oui	oui	oui	oui
Pharmacien	oui	oui, sous conditions	Seulement selon avis d'un médecin	oui	oui
Pharmacien de référence	oui	oui, sous conditions	Seulement selon avis d'un médecin	oui	oui
Infirmier à domicile	non	aujourd'hui non /seulement via le journal possibilité à permettre à l'avenir	non, /seulement via le journal	oui	oui
Dentiste	oui	oui	oui pour ses propres médicaments prescrits. autre médication : seulement après consultation du médecin	oui	oui
Sage-femme	oui	oui	oui pour ses propres médicaments prescrits. autre médication : seulement après consultation du médecin	oui	oui
Pharmacien hospitalier	oui	oui, sous conditions	Seulement selon avis d'un médecin	oui	oui

(*) Si un dispensateur de soins ajoute par erreur une ligne de médicaments, seul ce dispensateur pourra supprimer cette ligne.

Éditeur responsable

B. Collin, avenue Galilée 5/01, 1210 Bruxelles

Réalisation

Service des soins de santé de l'INAMI,
en collaboration avec une représentation de tous les acteurs de soins concernés

Design graphique

TeamComm de l'INAMI

Date de publication

Août 2021

Dépot légal

D/2021/0401/3