

La prescription en EHPAD

Ou le "je t'aime moi non plus" entre
les médecins, les soignants et les éditeurs logiciels

SOMMAIRE



Contexte.....	3
L'informatisation du circuit du médicament en EHPAD : une tempête dans un verre d'eau ?	3
Le papier : multiplication des saisies	3
L'informatisation : la solution et aussi la mise en exergue de problématiques organisationnelles ?.....	4
Réalité réglementaire VS réalité terrain	5
L'éditeur logiciel : entre le marteau et l'enclume	6
Lorsque l'ordonnance n'est pas informatisée par le médecin sur site.....	7
Alternatives possibles	7
L'avenir est en marche... et il a de bonnes chaussures	8

Contexte

Depuis les années 2000, le secteur médico-social a connu de nombreuses mutations avec un changement significatif du type de public accueilli dans les structures d'accompagnement ou d'hébergement.

Au 1er janvier 2012, en France métropolitaine, 1,17 million de personnes âgées sont dépendantes au sens de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit 7,8 % des 60 ans ou plus. À l'horizon 2060, selon le scénario intermédiaire des projections de dépendance, le nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait 2,3 millions. ¹

Ces évolutions impliquent des modifications importantes sur le plan structurel, culturel et organisationnel. Le circuit du médicament est lui aussi impacté par ces changements.

Le circuit du médicament et ses acteurs se trouvent de plus en plus sollicités par des démarches administratives et réglementaires souvent perçues comme contraignantes.

Quelle est la place de l'informatisation dans ce contexte ?

En quoi les éditeurs de solutions d'informatisation jouent un rôle structurant et efficient ?

L'informatisation du circuit du médicament en EHPAD : une tempête dans un verre d'eau ?

Avant l'ère du digital, le médecin traitant qui intervenait dans un établissement, de type EHPAD, rédigeait une ordonnance papier qui transitait directement vers la pharmacie. Cependant, le format papier se heurte aujourd'hui à plusieurs problématiques. Bien que la majorité des acteurs du circuit du médicament en EHPAD s'accordent pour dire que la saisie d'une information médicale par un soignant est inacceptable dans le cadre légal, la réalité terrain démontre plusieurs incohérences.

Le papier : multiplication des saisies

Une simple ordonnance fait l'objet de 3 à 4 retranscriptions :

- Sur une fiche traitement pour la préparation d'un pilulier,
- Sur une planification murale pour la planification des actes d'accompagnement, de soins et/ou actes techniques,
- Sur un agenda papier,
- Sur diverses planifications (soins, accompagnement, actes techniques),
- Etc.



L'informatisation : la solution et aussi la mise en exergue de problématiques organisationnelles ?

Le temps de l'informatisation et son cortège d'obligations, du qui, quoi, quand et comment, ont mis en exergue de nombreux dysfonctionnements organisationnels crispant les différents interlocuteurs sur la responsabilité de chacun.

L'informatisation, dans la théorie, doit apporter un gain significatif à plusieurs niveaux :

- Une centralisation et un accès simplifié à l'information,
- Un gain de temps à la saisie et lors du retraitement des informations (bilans et suivis),
- Une traçabilité complète, rapide et intuitive,
- Une sécurité renforcée, à travers des alertes sur les risques iatrogéniques, des associations contre indiquées et des contrôles croisés avec l'historique médical (pathologie, biologie, allergies, etc.),
- Des indicateurs statistiques et retraitements facilitant la démarche qualité et préventive.

Soyons constructifs et mettons en avant les prérequis que la solution, permettant d'informatiser les dossiers, doit respecter :

- **Une ergonomie intuitive** : un logiciel en mode web, avec une ergonomie telle que nous la trouvons sur internet permet ainsi à l'utilisateur de se repérer facilement avec un minimum de formation.

Notre conseil :

- Évitez les logiciels multifenêtres qui se superposent,
- À fuir également les logiciels possédant des sous-sous-sous-sous-menus. « **Une interface utilisateur, c'est comme une blague, si elle doit être expliquée longuement c'est qu'elle n'est pas si bonne.** »

- **Des fonctionnalités couvrant la majorité des besoins des intervenants terrain.**

Notre conseil :

- Mettez sur une entreprise qui sait vous expliquer comment "traduire" les besoins terrain. Les développements applicatifs doivent toujours être centrés sur le bénéficiaire utilisateur et validés par des professionnels terrain.
- **Une application certifiée "Logiciel d'aide à la Prescription (LAP)"** : depuis le 1^{er} janvier 2015 cette certification impose à l'éditeur plus de 250 critères (sécurité, accès, traçabilité, etc.), pour tout logiciel dont au moins une des fonctionnalités est de proposer une aide à l'édition des prescriptions médicales ou une aide à la dispensation des médicaments.
- **Une transversalité dans les saisies**, afin d'éviter les saisies multiples. Une information utile pour plusieurs interlocuteurs ne doit être saisie qu'une seule fois. Ainsi une même information est automatiquement propagée dans l'ensemble des modules applicatifs.
- **Une hotline réactive** : c'est un point essentiel, la hotline doit être efficace et les interlocuteurs doivent avoir conscience des problématiques métiers.



Illustrons la situation terrain avec l'intervention d'un médecin :

- Un médecin de ville intervient dans trois établissements.
- Dans chaque établissement, il s'occupe de deux à trois patients.
- Chaque établissement possède son propre système de gestion informatisé des dossiers de soins et médicaux.
- En plus, le médecin possède son propre logiciel qu'il utilise dans son cabinet.

Le médecin ne souhaite donc pas investir du temps dans la compréhension de l'utilisation des différents logiciels possédant chacun ses subtilités et qui sont parfois complexes.

À ce jour :

- Aucun standard national n'impose aux éditeurs logiciels un format de saisie précis et/ou une obligation de performance,
- Aucune contrainte réglementaire n'impose l'informatisation des ordonnances par les médecins libéraux en EHPAD,
- Dans un EHPAD, gérer la totalité du circuit du médicament, initié à partir des ordonnances saisies par la main des médecins, sans ressaisie sur des supports annexes, relève de l'exception.

Réalité réglementaire VS réalité terrain

Bien que le rythme réglementaire se heurte à la réalité terrain, plusieurs démarches initiées ces dernières années tendent à améliorer la situation, en voici des exemples :

1. La DISIC a produit un "Référentiel Général d'Interopérabilité Standardisé"², très intéressant mais encore trop généraliste dans le cadre des échanges entre les acteurs du circuit du médicament.
2. La certification obligatoire "Logiciel d'Aide à la Prescription" impose aux éditeurs logiciels plus de 250 critères essentiellement liés à la sécurité et la bonne gestion du circuit du médicament.
La loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'Assurance maladie (l'article L. 161-38) attribue à la Haute Autorité de Santé le rôle d'établir une procédure de certification "des logiciels d'aide à la prescription médicale ayant respecté un ensemble de règles de bonne pratique". La loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 (relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé) rend la certification des LAP obligatoire " [...] pour tout logiciel dont au moins une des fonctionnalités est de proposer une aide à l'édition des prescriptions médicales"³.
3. En parallèle à la certification LAP, l'Assurance Maladie a introduit, dans la Convention Médicale auprès des médecins généralistes, une incitation financière pour l'usage d'un logiciel certifié. Cette incitation figure dans les critères de la convention médicale du 26 juillet 2011.⁴
4. En complément, le nouvel article, 1110-4 code de la santé publique issu de la loi du 26 janvier 2016, autorise clairement le partage d'informations entre les professionnels participant directement la prise en charge de la personne à condition que ces informations

soient nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social :

"Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social."⁵

Ce sont plusieurs pas dans la bonne direction, plusieurs aspects restent cependant à améliorer :

- Spécifiquement pour le circuit du médicament, **la mise en place obligatoire d'un protocole standard national d'échange inter-applicatif** (format, flux, contenu, etc.) entre les différents acteurs LAP, Pharmacie, PDA, système de traçabilité de préparation et distribution, etc.
- **La mise en œuvre d'un standard national d'ergonomie**, permettant à un intervenant non formé d'utiliser la solution de façon intuitive.⁶
- **L'obligation de performance pour les éditeurs** (hors environnement matériel et réseau). Il n'est pas admissible pour un utilisateur d'attendre de très longues minutes devant un écran au lieu d'être sur le terrain.
- **L'informatisation de l'ensemble de la chaîne du circuit du médicament**, avec une réelle adéquation entre l'obligation réglementaire et la réalité terrain avec sa diversité de situation d'exception.

L'éditeur logiciel : entre le marteau et l'enclume

Il a en charge l'accompagnement et la conduite du changement, l'éditeur se retrouve entre deux feux : **si le médecin n'informatise pas ses ordonnances comment l'établissement est en mesure d'assurer une bonne gestion du circuit du médicament ?**

L'éditeur et ses solutions logicielles ne pourront pas se substituer à une problématique organisationnelle profonde. Il est confronté à une équation complexe, à défaut de la résoudre il pourra être aidant :

Proposer des solutions informatisées simples et efficaces permettant de rester dans le cadre réglementaire sans pour autant transformer le personnel soignant en secrétariat médical.



Lorsque l'ordonnance n'est pas informatisée par le médecin sur site

Comme évoqué précédemment, bien souvent, le médecin est réfractaire à l'informatisation de ses dossiers et cela implique une coupure dans la chaîne organisationnelle de l'établissement.

Alternatives possibles

- **Alternative 1 : l'interopérabilité**

Proposer une interface avec le logiciel du Cabinet et celui de l'EHPAD. Ce cas est très intéressant mais complexe à mettre en œuvre. Outre les différences de langages, formats de transfert, politique commerciale des éditeurs, la principale difficulté réside dans le fait que la plupart des logiciels de cabinet permettent la saisie "libre", il est alors trop complexe de retraiter l'information avant le transfert vers une autre application.

- **Alternative 2 : l'accessibilité à distance aux dossiers de ses patients**

Permettre un accès à distance et sécurisé pour les médecins de ville, dans le cadre du respect de l'HDS⁷. Cette solution, est une bonne alternative, si elle n'impose pas des contraintes d'installation (aucun problème en mode web). Cependant le risque est la mise à jour de traitements sans diagnostic préalable. Cette solution est inutile si le médecin est réfractaire à l'utilisation de la solution quel que soit son accès.

- **Alternative 3 : Le médecin Coordonnateur**

Dans certaines situations, le médecin coordonnateur retranscrit éventuellement l'ordonnance de son confrère dans le logiciel de l'établissement, permettant la continuité des soins à travers l'obtention d'une fiche de traitement et d'une planification des soins. Cependant, prendre en charge des dizaines de dossier et leur mise à jour, n'est pas nécessairement le rôle premier d'un acteur souvent déjà sollicité par d'autres impératifs dans un laps de temps limité.

- **Alternative 4 : L'équipe soignante**

La saisie est réalisée par l'équipe soignante, avec validation impérative du médecin prescripteur dans le cadre où ces informations sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins (cf article 1110-4 code de la santé publique issu de la loi du 26 janvier 2016). L'outil informatisé doit comporter des fonctionnalités alertant le médecin de cette saisie, l'objectif étant d'avoir une validation rapide et intuitive (sans formation). Rares sont les éditeurs proposant des solutions efficaces et simples à mettre en œuvre.

À juste titre, les deux dernières propositions sont souvent très mal vécues dans les établissements, il suffit de poser la question à un médecin coordonnateur ou à une infirmière en EHPAD pour constater que dans la majorité des cas, la peur principale est liée au risque d'erreur et à la prise de responsabilité lors de la saisie.

L'informatisation ne change en rien la problématique réglementaire si le médecin prescripteur n'informatise pas ses ordonnances dans le logiciel acquis par l'établissement. Il faut qu'à minima la saisie soit validée / signée par le médecin traitant.

Ce mode de fonctionnement via une saisie unique permet souvent de "sécuriser" le processus.



À partir d'une seule saisie du traitement, tout le circuit du médicament interne à l'établissement devrait être géré :

- L'ordonnance, la fiche traitement, la planification des soins, la traçabilité, les statistiques et les historiques,
- La gestion simplifiée du retraitement et les historiques des saisies,
- La sécurité optimale (interactions, liaison historique médical, transversalité de l'information, etc.)

Comme vu plus haut, si le logiciel est bien fait, la saisie est ici plus "sécurisée" qu'une saisie effectuée sur de multiples supports papiers.

L'avenir est en marche... et il a de bonnes chaussures

Ne perdons pas de vue que l'informatisation ne solutionne pas toutes ces situations. Les logiciels doivent être facilitateurs, cependant ils ne pourront pas toujours se substituer à une logique organisationnelle humaine.

Une étude terrain est nécessaire pour trouver des solutions adaptées à chaque établissement. Ce qui est vrai pour certains, ne l'est sûrement pas pour d'autres.

Vos expériences, contributions, avis et retours sont les bienvenus !

A l'ère du #bigdatasanté les éditeurs logiciel du secteur se remuent les méninges dans la course à l'innovation différenciante. Cependant, pour passer du « soin » au « prendre soin » tous les acteurs doivent également centrer leurs objectifs vers le bénéfice des utilisateurs finaux et des premiers concernés : les patients.

Sources :

¹ Institut National de la Statistique et des études économiques (Insee) & Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) – 2012-2014

² DISIC : Direction Interministérielle du Numérique et du Système d'Information et de Communication de l'État
<http://references.modernisation.gouv.fr/interoperabilite>

³ Loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé -
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025053440&categorieLien=id>

⁴ Arrêté du 22 septembre 2011 et publiée au Journal officiel du 25 septembre 2011 - (11 avenants)
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024803740>

⁵ Loi du 26 janvier 2016 - Article 1110-4 code de la santé publique
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

⁶ Cette démarche pourrait s'apparenter au travail effectué par la DGME en 2008 – cf rapport "Charte ergonomique des sites Internet publics" - http://references.modernisation.gouv.fr/sites/default/files/Charte_ergonomique_v2.0_2.pdf

⁷ HDS : Hébergement de données de santé, système sécurisé d'hébergement de données conforme aux exigences légales de l'article L1111-8 du Code de la Santé Publique et du Décret 2006 – 6 du 4 janvier 2006 -
<http://esante.gouv.fr/services/referentiels/securete/hebergement-faq>

