

RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL
sur le Postulat Philippe Vuillemin et consorts -
sortir de la quadrature des cercles de qualité en EMS (20_POS_193)

Rappel du postulat

Les cercles de qualité médecins, cadres soignants et pharmaciens sont actifs depuis une décennie environ. Conçus au départ pour une prescription à la fois plus efficiente et plus économique des médicaments, ils n'ont pas manqué d'avoir une influence positive en la matière. Pourtant, on sent chez les participants, médecins en particulier, une certaine lassitude, voire une démotivation face à ces cercles de qualité, dont le financement n'est pas évident, par manque de transparence et dont l'utilité n'est plus vraiment perçue par la répétition du contenu de ces cercles que l'on impose, à plusieurs reprises, aux médecins fonctionnant dans des EMS différents qui tous obligent à suivre le même type de séance.

Les êtres humains présentent les mêmes caractéristiques anatomo-physiologiques de base depuis des temps immémoriaux. Certes les maladies se diversifient, sont mieux connues et l'âge joue un rôle, mais in fine l'anatomo-pathologie reste la même. Ce qui a changé, ce sont les médications, leurs bienfaits et leurs dangers. Elles nourrissent de nombreux phantasmes et leur prix y contribue puissamment. Plus récemment, leur pénurie aussi, qu'elle soit organisée ou non. Pour autant, évoquer par exemple l'effet du Dafalgan sur un foie humain qui n'a pas changé depuis des millénaires, dans trois cercles de qualité différents et deux fois par an relève d'un acharnement mental insupportable.

Il est temps de faire le point et le postulat demande au Conseil d'Etat de :

- 1. Faire le bilan des cercles de qualité quant à leur efficience réelle et à la réalité des économies réalisées*
- 2. Faire preuve d'une transparence dans les coûts engendrés par la mise sur pied de ces cercles, en termes d'honoraires versés aux pharmaciens et aux médecins, mais aussi en termes de forces de travail dévolues à la réalisation et au suivi de ces cercles.*
- 3. Proposer des améliorations notables, évitant les « bis repetita », affligeants, qui meublent le contenu de ces cercles.*
- 4. Le maintien de ces cercles dans un cadre redynamisé, moins braqué sur les coûts que la pénurie de médicaments rend fallacieux, mais plus en rapport avec la qualité de la prescription et des soins qui en découlent.*
- 5. Renseigner le Grand Conseil sur les cercles de qualité du CHUV et de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV), leurs objectifs poursuivis et leurs résultats, pour un meilleur dialogue entre ces institutions et les EMS, car ceux-ci dépendent beaucoup de ceux-là.*

Rapport du Conseil d'Etat

1. BILAN DES CERCLES DE QUALITE : EFFICIENCE REELLE, ECONOMIES REALISEES

En réponse à l'interpellation Fabienne Freymond Cantone en 2006 sur les coûts des médicaments dans les EMS (cette notion comprend également les EPSM dans l'ensemble du document) vaudois, le Conseil d'Etat a mis en place un dispositif de maîtrise des coûts tout en optimisant la qualité des traitements médicamenteux sur le modèle fribourgeois des cercles de qualité (CQ) – appelé aussi assistance pharmaceutique – qui a fait ses preuves.

L'assistance pharmaceutique a pour objectif l'amélioration de la qualité de la prise en charge thérapeutique par l'usage rationnel et économique des médicaments. Elle se concrétise par le cercle de qualité interprofessionnel qui réunit le pharmacien, le médecin responsable de l'EMS et l'infirmier-chef. Un cahier des charges définit les devoirs de chacun et la rémunération des acteurs.

Lors de la réunion du cercle de qualité animée par le pharmacien, différentes classes de médicaments sont examinées et discutées pour aboutir à un choix de prescription consensuel et qualitativement optimisé. Le médecin veille ensuite à prescrire selon ce choix. Chaque année, les données des prescriptions pour les résidents sont transmises sous forme anonymisée par le pharmacien à l'Unité Recherche de la Pharmacie d'Unisanté qui assure le monitoring du projet, y c. l'évaluation du rapport annuel d'activité de cercles de qualité de l'EMS établi par le pharmacien. Les coûts par classe de médicaments sont réexaminés annuellement. L'effet des cercles de qualité apporte une plus-value qualitative et quantitative. On constate que les coûts de médication baissent année après année, et ce depuis 11 ans en sus des baisses de prix régulièrement ordonnées par l'OFSP.

Le pharmacien est rémunéré à l'heure pour l'extraction et la transmission des données, la préparation du rapport annuel et sa présentation à l'EMS, la préparation des séances de cercles de qualité (2 à 4 par année) et leur animation. Le médecin est rémunéré pour sa participation aux séances (2h par séance). Le tarif horaire est actuellement de CHF 196.75 (TVA incluse) pour les factures des pharmacies et de CHF 182.15 (sans TVA) pour les médecins et les pharmaciens ad personam. Les EMS sont rémunérés pour la fourniture de données, la participation des cadres infirmiers aux séances, et la diffusion des consensus établis lors de ces séances dans les équipes soignantes (forfait de CHF 1'300.- + 2h par séance).

Les résultats clés de 2009 à 2020 (récolte des données 2021 en cours) sont les suivants :

- **une démarche interprofessionnelle durable** de promotion de la qualité des soins via l'optimisation de la pharmacothérapie a été introduite dans tous les EMS du canton ;
- **une diminution du coût des médicaments de 2.1-2.9 % par an** (selon les missions des établissements), en plus de la baisse de prix OFSP, a été constatée depuis 11 ans ;

	2009	2020 (baisse des prix OFSP)	2020 (baisse des prix OFSP et effet des cercles de qualité)
Coût moyen annuel des médicaments par résident en EMS (en CHF)	2'610.-	2'150.-	1'708.-

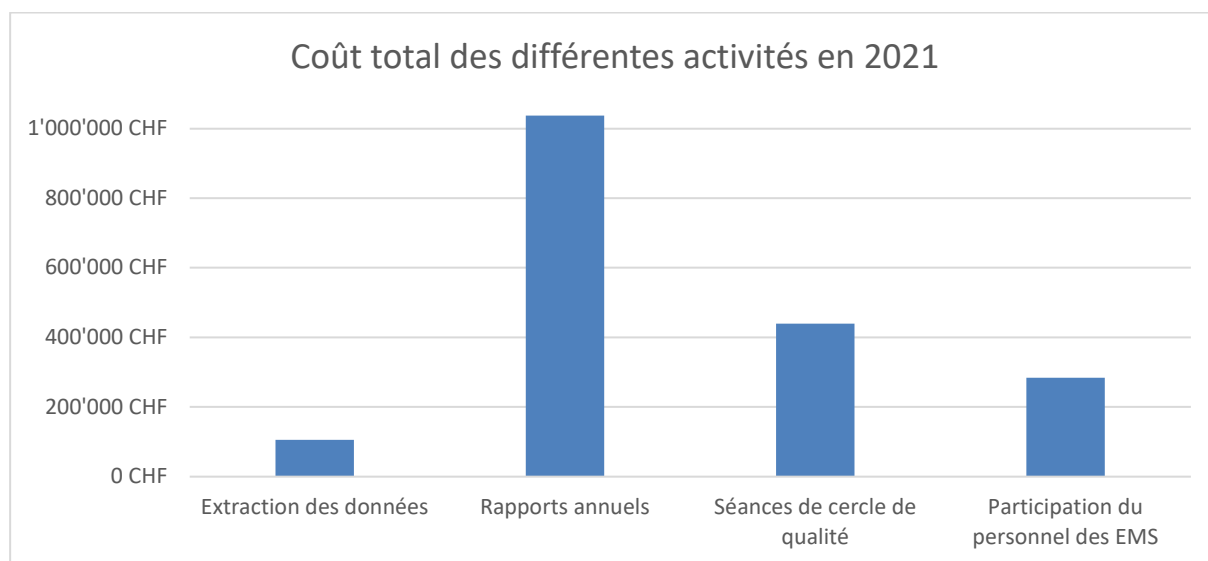
- 120 EMS et 20 EPSM sont inclus dans le projet ;
- Le dispositif a évolué selon les axes suivants :
 - une collaboration a été mise en place avec HPCi dans le but d'optimiser l'antibiothérapie dans les EMS.
 - la déprescription en EMS a été introduite comme thématique dans les cercles de qualité et a fait l'objet de publications scientifiques (Projet FNS-PNR74 OLD-NH comprenant des analyses qualitatives, pharmacoépidémiologiques et deux essais cliniques permettant la rédaction de six articles revus par les pairs publiés à ce jour ; projet international APAD) ;
 - une proposition d'un nouveau cahier des charges avec une étude d'implémentation des analyses de médication en EMS a été effectuée en 2021.

2. COÛTS ENGENDRES PAR LA MISE SUR PIED DES CERCLES DE QUALITE

Les activités en lien avec ces cercles de qualité sont monitorées et les coûts font l'objet d'un suivi attentif par la Direction Générale de la Santé. Dans le tableau ci-dessous, vous trouverez un comparatif des coûts pour les années 2020 et 2021.

	2020	2021
Nombre d'EMS	141	140
Nombre de rapports facturés	129	126
Nombre de séances facturées	208	214
Séances par EMS	1.5	1.5
Coût total facturé par les participants (en CHF)	1'840'225.-	1'871'113.-
Dont budget DGS	1'560'218.-	1'587'688.-
Dont budget DGCS	280'007.-	283'425.-
Monitoring par Unisanté	166'000.-	166'000.-
Mandat de coordination	9'851.-	10'319.-
Total annuel	2'016'076.-	2'047'432.-

La répartition des coûts selon les activités est la suivante :



La répartition des coûts entre l'activité des pharmaciens et l'activité des médecins en 2021 est la suivante :

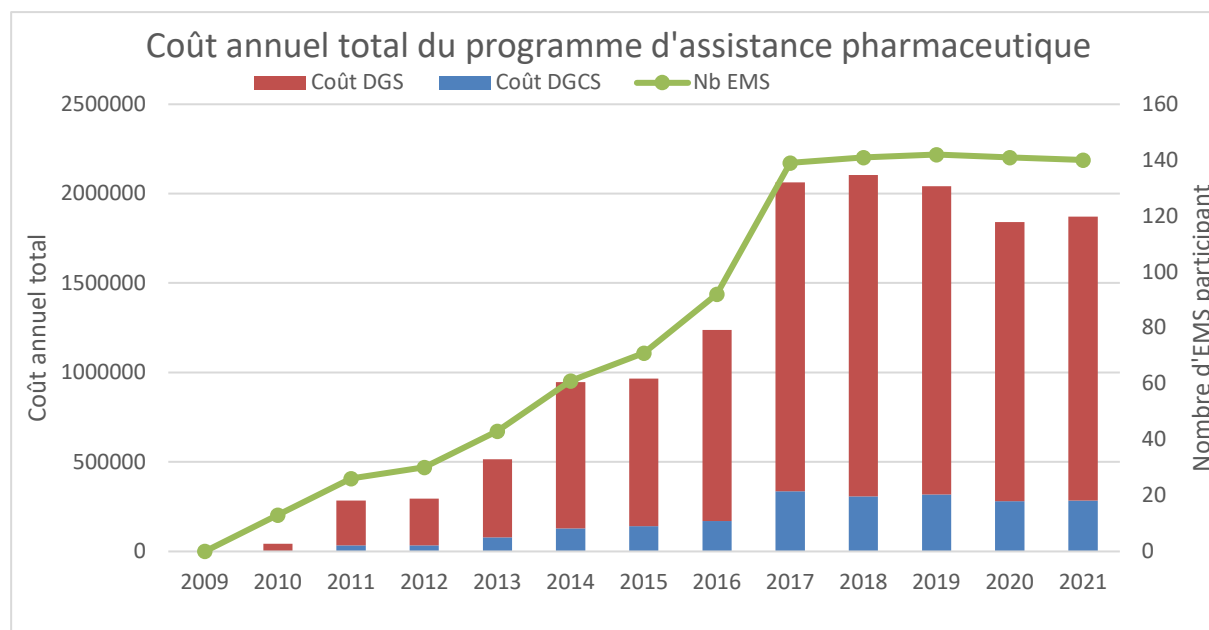
Coût total des médecins : CHF 91'803.60

Coût total des pharmaciens : CHF 1'495'884.51

Sous l'angle financier, avec les éléments directs identifiés, à savoir les coûts du dispositif mis en place et les effets en termes de réduction des coûts moyens annuels des médicaments (extrapolation : baisse moyenne de CHF 442.- entre 2009 et 2020, hors effet prix ; hypothèse de 6'000 résidents en établissement), il est déjà constaté que le coût est plus que couvert.

De plus, comme le montrent les différents éléments mis en évidence dans ce rapport, ce dispositif d'assistance pharmaceutique (les cercles de qualité) a permis d'améliorer significativement la qualité de la prise en charge des résidents, notamment au niveau de l'adéquation des médicaments.

Evolution du coût annuel de 2009 à 2021



Prise en charge par les assurances maladies

En 2015, le Canton et la faîtière cantonale des pharmaciens (SVPh) ont entrepris des démarches afin qu'une partie des coûts liés aux cercles de qualité soient pris en charge par les caisses-maladies. SantéSuisse est entrée en matière en 2016. Ces négociations ont toutefois été arrêtées en 2017 : tarifsuisse et santéSuisse ont imposé un modèle « valaisan » de rémunération basé sur un forfait. Cela impliquait l'abandon de la rémunération basée sur les prestations (RBP) qui fait l'objet d'une convention tarifaire entre les assureurs et pharماسuisse. Avec ce modèle valaisan, le forfait ne permettait pas de couvrir les coûts des cercles de qualité.

Dès 2018, l'introduction d'un nouvel indicateur dans le calcul de la compensation des risques entre assurances, soit le coût des médicaments au cours de l'année précédente, a provoqué l'arrêt des cercles de qualité dans le canton de Fribourg.

Toutefois, de nouvelles perspectives de prise en charge par l'AOS s'ouvrent avec des récentes discussions au sein des Chambres fédérales en lien avec l'initiative parlementaire 20.457 Roth Pasquier « Utiliser sans délai tout potentiel des prestations économiques des pharmaciens »¹. Cette initiative propose une modification de l'art. 25, al. 2, lettre h, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) relative aux prestations des pharmaciens prises en charge par l'AOS, afin d'y inclure « h. les prestations des pharmaciens en relation avec des médicaments prescrits conformément à la let. b, dans le cadre de campagnes de dépistage et de prévention de la Confédération et des cantons prises en charge par l'AOS, ainsi que les prestations qui ont un effet modérateur sur les coûts et pour lesquelles il existe une convention avec des assureurs »². Cette initiative parlementaire ouvre ainsi la possibilité pour les assureurs de tarifier des prestations qui baissent les coûts, peu importe si le pharmacien vend un médicament ou non.

¹ Etat des délibérations : non encore traité au Conseil national. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national a donné suite à cette initiative le 25.03.2021. La Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats a adhéré à cette décision le 20.01.2022.

² Teneur actuelle de l'art. 25, al. 2, lettre h : « Ces prestations comprennent [...] h : les prestations des pharmaciens lors de la remise de médicaments prescrits conformément à la lettre b. »

3. AMELIORATION ET EVOLUTION DES CERCLES DE QUALITE

En 2019, la Commission technique, qui supervise ce programme, a discuté de l'évolution de ces cercles de qualité. Cette Commission technique (CoTech) regroupe un pharmacien d'Unisanté, un pharmacien représentant la SVPh, la présidente du groupement des médecins travaillant en établissement médico-social et la Pharmacienne cantonale. Les médecins avaient rapporté une lassitude et une insatisfaction face à ces cercles de qualité dans les EMS. Il a par exemple été relevé que plus de la moitié du budget est dévolue aux rapports d'activités. Il a donc été décidé de trouver une solution afin d'alléger cette charge et que l'on puisse faire évoluer les cercles de qualité vers de la revue individuelle de la prescription des résidents. Cette prestation, appelée aussi pharmacie clinique, permet d'analyser la médication d'un patient en particulier et non pas l'ensemble des prescriptions effectuées dans un établissement. Cette analyse va porter notamment sur les éléments suivants : historique médicamenteux, choix des médicaments en incluant les rapports risques/bénéfiques (interactions, effets secondaires) et coûts/efficacité. L'objectif est d'optimiser le traitement médicamenteux du résident et de limiter la sur-, sous- et mauvaise utilisation des médicaments.

Cette évolution a été testée sous la forme d'un projet pilote dans une dizaine d'EMS, avec comme objectif final l'introduction d'une nouvelle prestation pharmaceutique individualisée dans les EMS, tout en maintenant un budget constant pour la DGS et la DGCS.

Au début 2020, une proposition faite par Unisanté a obtenu le soutien de la CoTech. Malgré la situation sanitaire, le projet pilote a pu démarrer durant la deuxième partie de l'année 2020 avec le soutien d'Unisanté dans 10 EMS volontaires.

Les pharmaciens concernés ont pu suivre une formation spécifique de 3 jours, comprenant le processus d'analyse de médication, un rappel de pharmacogériatrie et la communication interprofessionnelle. La mise en œuvre de cette nouvelle prestation au sein de l'équipe interprofessionnelle a également été discutée afin d'améliorer les chances de succès. Cette formation a été dispensée par des pharmaciens cliniciens, des médecins gériatres ou spécialisés en collaboration interprofessionnelle.

Au final, 63 résidents ont pu bénéficier de l'analyse de leur médication. Un nombre important de changements a été implémenté, suite aux propositions des pharmaciens. En effet, selon les données disponibles au 31 janvier 2022, 3,2 modifications de traitements médicamenteux ont été effectués en moyenne par résident. Il s'agit surtout de diminutions de dose et d'arrêts de traitement, mais également de changements de molécule ou d'introductions de traitement manquant. Seules 3% des modifications (essentiellement des neuroleptiques) ont donné lieu à un retour en arrière à 4 mois.

L'analyse des sous-processus adaptés par chaque EMS permettra de soutenir l'implémentation de la prestation dans les autres EMS du canton, tout comme l'analyse de la satisfaction des professionnels engagés dans le projet. La majorité des cadres infirmiers, médecins et pharmaciens qui ont répondu aux questionnaires se montrent satisfaits, voire très satisfaits de la réalisation des analyses de médication au sein de l'EMS où ils pratiquent. Certains retours vont permettre d'améliorer la formation des pharmaciens qui sera proposée au 2^{ème} trimestre 2022 ainsi que le soutien pour mettre en place cette nouvelle prestation.

La solution qui est en cours d'implémentation pour 2022 intègre également une redynamisation de l'assistance pharmaceutique en EMS avec l'analyse de médication au niveau individuel mais surtout avec l'adaptation du processus de rédaction du rapport annuel. En effet, le travail interprofessionnel au niveau de l'institution se concentrera sur une analyse synthétique annuelle pour l'optimisation de l'usage des médicaments. Cette adaptation permet de garder une enveloppe budgétaire constante et va faciliter le suivi de certains indicateurs de qualité de la médication. Trois autres avantages majeurs peuvent également être relevés :

- 1) la charge de travail n'est plus concentrée au début de l'année mais peut être répartie librement par le pharmacien en collaboration avec le(s) médecin(s) et le (s) cadre(s) infirmier(s).
- 2) le nombre d'analyses de médication rémunérées dans le cadre du programme étant proportionnel au nombre de lits de l'EMS, la charge de travail et la rémunération associée sont davantage ajustées à la taille de l'EMS.
- 3) les prestations d'assistance pharmaceutique deviennent plus spécifiques à chaque EMS, diminuant le risque de répétition pour les médecins qui travaillent dans plusieurs établissements différents ou qui font, de leur propre chef, partie d'un cercle de qualité médecins-pharmaciens pour la prescription ambulatoire.

4. CERCLES DE QUALITE AU SEIN DES HOPITAUX : EXEMPLE DU CHUV

Dans son postulat, M. le Député Philippe Vuillemin évoque aussi les cercles de qualité au CHUV et à la FHV. Il est vrai qu'il existe des cercles de qualité en ambulatoire. Afin de former les médecins à cette collaboration interprofessionnelle, Unisanté a mis en place des cercles de qualité afin que les médecins en formation y participent. Il n'y a pas d'équivalent dans les hôpitaux. Les hôpitaux (le CHUV et les hôpitaux de la FHV ont le même type de fonctionnement à cet égard) travaillent sur la sélection des médicaments qui seront prescrits dans le cadre d'une « Commission des Médicaments », dont le fonctionnement est très similaire en termes d'objectifs à un cercle de qualité dans un EMS. De plus, les pharmaciens cliniciens travaillent avec les équipes médicales et soignantes dans les unités. Ils interviennent sur la prescription d'un patient et permettent ainsi l'individualisation du traitement. Tous les départements cliniques du CHUV ont un pharmacien clinicien attiré.

Par ailleurs, l'appellation « cercles de qualité » peut aussi être comprise comme des discussions, analyses de situation et définitions de solutions à des problèmes de qualité des soins (non exclusivement médicamenteux) en équipe. Dans ce domaine, le CHUV, dans le cadre de sa gouvernance qualité et sécurité, a mis en place, dans chacun des services, un comité composé du chef de service, de l'infirmier chef de service, de cadres médicaux et soignants et du coordinateur RECI (Recueil des événements critiques et indésirables) pour analyser les résultats des indicateurs cliniques, les événements indésirables et définir un programme d'amélioration. Le comité de service présente à la Direction du CHUV les mesures déployées et les résultats obtenus deux fois par an.

Un rapport qualité du CHUV est présenté chaque année et disponible pour le grand public. Il reprend dans le détail ce qui est mis en place au sein de l'institution pour assurer l'amélioration continue de la qualité.

Par ailleurs, suite à une interpellation de M. le Député Jacques-André Haury en 2015 et à la réponse apportée à cette dernière par le Conseil d'Etat, des mesures ont été prises concernant l'intérêt d'une collaboration interdisciplinaire pour la sécurisation de l'utilisation des médicaments des patients en institutions psychiatriques. Une de ces mesures a été le renforcement de la présence de pharmaciens et pharmacologues cliniques en interaction directe avec les unités de soins.

Comment serait-il possible d'établir un contact entre les cercles de qualité du CHUV, ceux des hôpitaux de manière générale, et ceux des EMS ?

L'élément clé est de favoriser une meilleure coordination aux étapes de transition, c'est-à-dire à l'entrée et à la sortie de l'hôpital. Pour faciliter les échanges entre professionnels de soins à ces moments précis, la solution qui semble la plus adaptée est la création d'un dossier patient informatisé efficient auquel les professionnels en milieux institutionnel et ambulatoire peuvent avoir accès. Dans ce domaine, le projet cantonal de Plan de Médication Partagé (PMP) est attendu depuis de nombreuses années. Il devrait aboutir comme projet séparé dans le cadre du Dossier Electronique du Patient (DEP). Ce point est développé sous le point 6 de ce rapport.

Par ailleurs, une étude récente au CHUV a montré l'importance d'un programme interdisciplinaire de continuité des soins (Nachar et al 2019 ; Garnier et al 2018). Dans le cadre de tels programmes, un contact a lieu systématiquement entre les équipes interdisciplinaires hospitalières et le milieu ambulatoire ou la nouvelle structure d'accueil du patient sortant de l'hôpital. Le développement de telles prestations est un élément crucial à l'avenir.

Exemple donné : la prescription de Nexium par le CHUV, soit le médicament original mais pas le générique. Pour quelle raison ? Et que faire ensuite pour le médecin en EMS, proposer le générique ? Des relations entre cercles de qualité d'EMS et ceux du CHUV aideraient à résoudre ce type de problématiques.

Le choix des médicaments au CHUV dépend de plusieurs paramètres. Les médicaments qui représentent un budget important sont discutés dans le cadre de la Centrale d'achats et d'ingénierie biomédicale (CAIB) des Hôpitaux universitaires des cantons de Vaud et de Genève qui, pour les médicaments, regroupe également l'Hôpital du Valais (HVS), le Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe) et l'Hôpital Riviera-Chablais (HRC). Lors des appels d'offres de la CAIB, les éléments pharmacologiques, pharmaceutiques et financiers sont analysés afin d'opter pour le meilleur choix, toujours dans le but de favoriser une utilisation sûre, adéquate et économique des médicaments dans les institutions. Il arrive donc effectivement que le CHUV utilise une préparation originale plutôt qu'un générique.

Pour le cas précis du Nexium, différents éléments ont été pris en compte :

- Les formes galéniques disponibles¹

Pour un hôpital, il est important que les différentes formes galéniques soient disponibles sous le même nom afin d'éviter toute confusion lors du passage de la forme injectable à la forme orale, ou de comprimés standards à une forme qui puisse être administrée par une sonde naso-gastrique par exemple. Comme la prescription et l'organisation logistique au sein des hôpitaux se font par nomination commerciale (par ex. Nexium) et non par l'appellation de substance active (par ex. esoméprazole), ce critère est important pour la sécurité des patients. Par ailleurs, concernant les formes pouvant être administrées par une sonde, la structure fine des comprimés ou capsules peut jouer un rôle important afin de ne pas boucher les sondes. Ce paramètre a également été pris en compte lors du choix, puisque la structure des comprimés de Nexium est différente des capsules des génériques.

Relevons par ailleurs que, lors du choix de génériques à l'hôpital, une préférence est clairement donnée à la spécialité ayant pour appellation le nom du principe actif suivi du nom du laboratoire pharmaceutique à la place d'un nom de marque, ceci en conformité avec l'annexe 1 de l'Ordonnance fédérale sur les exigences relatives aux médicaments (OEMéd).

- Les aspects économiques

Pour les médicaments qui font l'objet d'appels d'offres par la CAIB, le CHUV peut bénéficier de rabais parfois très substantiels. Le choix du médicament retenu se base donc aussi sur l'impact économique. Cet impact est calculé sur les économies directes (prix de l'emballage) et sur les aspects indirects (coût du changement lié aux modifications de protocoles dans les référentiels, aux habitudes des professionnels de santé). Les économies ainsi réalisées sont bien entendu réparties et répercutées selon les exigences légales (art. 56 de la Loi fédérale sur les produits thérapeutiques (LPT)).

Il est vrai que les choix retenus pour établir les listes de médicaments utilisés en milieu hospitalier peuvent parfois générer des coûts plus élevés au niveau communautaire et sociétal. Cependant, le mandat de la « Commission des Médicaments » fait que l'intérêt de l'hôpital doit primer sur celui de la communauté. Ce type de situation comme celle du Nexium peut ainsi arriver.

Toutefois, le CHUV s'évertue à travailler à plusieurs niveaux pour diminuer au maximum la surprescription de ce type de médicaments lors du séjour hospitalier. Une prescription superflue stoppée avant que le patient ne sorte de l'hôpital permet d'empêcher la question d'une substitution et surtout évite qu'un traitement inutile se poursuive longtemps après la sortie de l'hôpital. Plusieurs études ont en effet montré que les prescriptions hospitalières ne sont pas facilement remises en cause lors du retour à domicile. Par ailleurs, il convient de rappeler que, sauf indication médicale stricte, le pharmacien a le droit de substituer un médicament original par un générique. Pour accentuer cette substitution, le CHUV a introduit depuis de nombreuses années la phrase suivante au bas de ses ordonnances : « Les médicaments originaux de cette ordonnance sont à substituer par un générique, s'il existe, sauf mention expresse du prescripteur (art. 38a OPAS) ».

Une substitution telle que décrite par M. le Député Philippe Vuillemin dans son postulat ne pose donc le plus souvent aucun problème.

Enfin, une collaboration plus marquée entre les structures hospitalières et ambulatoires, au moment de la sortie d'hôpital, permettrait assurément de discuter des ordonnances de sorties et des choix réalisés lors du séjour hospitalier, incluant également le choix des spécialités utilisées.

¹ une forme galénique est la forme sous laquelle on trouve un médicament. Par exemple : comprimé, pommade, etc.

5. PROJETS ET DEVELOPPEMENT DE LA FONDATION SECURITE DES PATIENTS SUISSE

La Fondation Sécurité des patients Suisse a travaillé deux aspects : la sécurité de la médication dans les EMS et la sécurité de la médication aux interfaces.

5.1 Sécurité de la médication dans les EMS

Une première étape a été effectuée afin de faire un état des lieux de la situation. Les champs d'action suivants ont été définis comme prioritaires :

- mise en place de revue de la médication
- bonnes pratiques en matière de prescription et de deprescription
- collaboration interdisciplinaire entre les médecins, les soignants et les pharmaciens
- mise en place d'outils d'aide pour la mise en place des objectifs ci-dessus

Comme on peut le voir, ces champs d'action sont couverts par la mise en place des cercles de qualité dans les EMS vaudois et son développement vers une revue de la médication individualisée.

5.2 Sécurité de la médication aux interfaces

La sécurité de la médication aux interfaces constitue un des éléments essentiels pour le bon fonctionnement du PMP.

Le patient polymédiqué est particulièrement à risque lors de son transfert entre le domicile et l'hôpital, et entre l'hôpital et le domicile, avec ou sans le CMS. Il est estimé que des erreurs de recueil de l'information sur les médicaments à ces points de transition peuvent générer jusqu'à 20% des événements médicamenteux indésirables. Les problèmes médicamenteux sont en outre responsables de plus de 20% des cas de ré-hospitalisations observés dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital. La Fondation Sécurité des patients Suisse a conduit un projet dans huit hôpitaux sur la thématique de la sécurité de la médication aux interfaces de 2015 à 2016. Afin de donner suite à ce projet, elle a mis en place une déclaration qui permet d'élever au niveau d'une norme la vérification systématique de la médication dans les hôpitaux de soins aigus.

Cette problématique a été également mise en avant dans l'Exposé des motifs du projet de décret sur le développement d'outils et de processus favorisant la continuité et la coordination des soins du 7 décembre 2016. Le PMP est un des outils qui permet de sécuriser la médication et la prise en charge des patients. Il n'en reste pas moins indispensable de nourrir ce PMP. Les informations doivent provenir des médecins traitants, des pharmaciens mais également des hôpitaux. Les hôpitaux de soins aigus restent le lieu où il y a le plus grand nombre de changements de traitements. Cela reste une des interfaces les plus risquées en termes de sécurité des patients.

C'est pour cette raison que le PMP ne peut pas se développer sans l'implication des hôpitaux dans le processus de réconciliation médicamenteuse. En 2019, le Département de la santé et de l'action sociale a fait part de son soutien à la déclaration appelée « Sécurité de la médication aux interfaces » et publiée par la Fondation Sécurité des patients Suisse, afin de promouvoir la mise en œuvre des recommandations de cette fondation, dont en particulier les suivantes :

- la sécurité des patients doit être garantie ;
- les conditions cadres doivent être garanties ;
- les indicateurs qualité doivent être mis en place dans les contrats de prestations des hôpitaux : nombre de réconciliations médicamenteuses à l'entrée, à la sortie ;
- la standardisation des données pour le DEP et le PMP doivent être garantis ;
- les acteurs de la santé doivent travailler en réseau, en interprofessionnalité et la consolidation des interfaces doit se faire par le biais de « facilitateurs » comme des pharmaciens cliniciens en milieu hospitalier, des pharmaciens au niveau des régions de santé pour les CMS, etc.

Cette déclaration fait aussi état des perspectives suivantes à 10 ans :

- ✓ tout patient avec une polymédication bénéficie d'une réconciliation médicamenteuse à l'entrée d'un établissement de soins, lors des transferts à l'interne et lors de sa sortie ;
- ✓ le PMP du patient polymédiqué est à jour dans l'outil du DEP.

S'agissant de la mise en œuvre de ces recommandations, on peut constater que la réconciliation médicamenteuse à la sortie de l'hôpital et la coordination des soins deviennent un standard dans la prise en charge des patients polymédiqués, mais nécessitent en revanche des ressources importantes au niveau des hôpitaux du canton.

6. MISE EN PLACE DU PLAN DE MEDICATION PARTAGE (PMP) DANS LE CANTON

Le DEP est maintenant une réalité depuis le 31 mai 2021, date de son lancement par l'association CARA. CARA a été créée sur l'initiative des cantons de Genève, Valais, Vaud, Fribourg et Jura. Au niveau de la médication, il est possible de déposer dans le DEP des listes de la médication et des ordonnances qui sont ainsi rendues accessibles aux professionnels ayant les droits d'accès au DEP du patient. Ce recueil de PDFs n'est toutefois pas suffisant pour répondre aux enjeux de continuité de l'information, c'est pourquoi le canton de Vaud, par l'intermédiaire de CARA, porte l'ambition de permettre la gestion conjointe d'un plan de médication partagé pour chaque patient qui le souhaite. Le PMP est considéré comme le plan de médication unique et commun qui résulte des différentes informations échangées dans l'espace du DEP.

Néanmoins, l'ancrage légal du PMP dans la Loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP) n'est pas encore défini. eHealth Suisse parle d'une entrée de la médication dans le périmètre de certification LDEP à l'horizon 2025. CARA a l'ambition de proposer ce « service eMedication » avant l'ancrage légal de ce service dans la LDEP. En automne 2022, CARA compte ainsi tester un PMP intégré avec les premiers partenaires. En 2023, le service eMédication sera déployé, d'abord dans une phase pilote. Cette mise à disposition progressive dépend des travaux de chaque prestataire de santé qui doit s'équiper d'un système informatique qui soit capable 1) d'interagir avec le DEP de manière sécurisée, 2) d'être compatible avec le format d'échange publié, et 3) d'offrir les fonctionnalités de bases pour que l'utilisateur puisse documenter ses interventions et concilier l'information partagée avec celle qu'il a en interne à son système.

7. CONCLUSION

Le Conseil d'Etat relève que les cercles de qualité dans les EMS ou assistance pharmaceutique sont en train d'évoluer vers une analyse de médication individualisée. Ceci permettra d'améliorer la qualité de la prescription des résidents et de faire évoluer ces cercles de qualité dans une nouvelle direction, voulue par tous les partenaires impliqués (médecins des EMS, pharmaciens et soignants des EMS). La problématique abordée dans ce rapport met également en évidence le rôle central du DEP et du PMP. Toutefois, leur implémentation débute et les effets attendus se manifesteront seulement dans quelques années.

Le Conseil d'Etat propose de continuer à soutenir la démarche initiée dans les EMS du canton au niveau de l'assistance pharmaceutique.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 29 juin 2022.

La présidente :

Le chancelier :

N. Gorrite

A. Buffat