

Picecchi

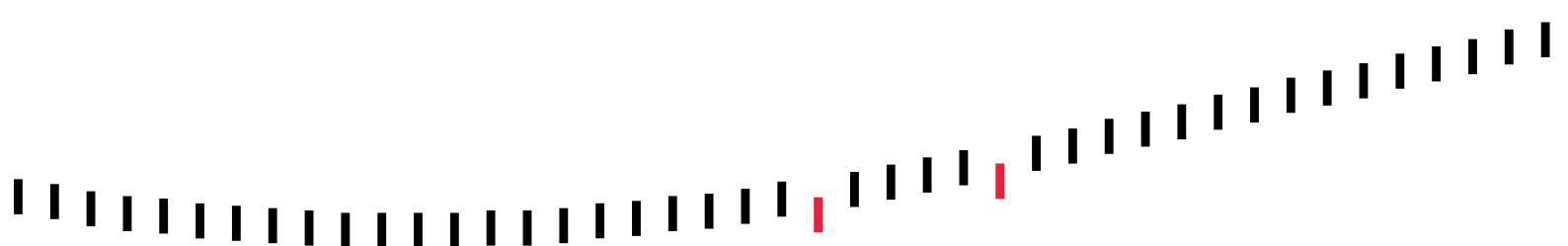
B | S | S

Volkswirtschaftliche
Beratung

Rapport final

AIR relative à la loi sur les produits thérapeutiques : plan de médication

Bâle | 29.09.2023



Impressum

Analyse d'impact de la réglementation relative à certaines des modifications de la loi sur les produits thérapeutiques

Rapport final sur le plan de médication

29.09.2023

Mandant : Office fédéral de la santé publique, section Droit des produits thérapeutiques

Auteurs : Florentin Krämer (BSS), Thomas Möhr (BSS), Tabea Keller (BSS), Dario Piccchi (Universités de Lucerne et de Fribourg)

Responsable du côté du mandant : Nurhak Dogan

Responsable de projet du côté du mandataire : Florentin Krämer (BSS)

BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG

Aeschengraben 9

CH-4051 Bâle

T +41 61 262 05 55

contact@bss-basel.ch

CH-4051 Bâle

D^r Dario Piccchi

Avocat et chargé de cours

independent.academia.edu/DarioPiccchi

dario.piccchi@gmail.com

www.bss-basel.ch

Table des matières

1. Introduction	8
2. Contexte	8
3. Méthodologie	9
3.1 Discussions techniques	9
3.2 Enquête en ligne	10
4. Points à examiner dans le cadre de l’AIR	11
4.1 Nécessité et possibilité d’une intervention de l’État.....	11
4.2 Options envisageables	14
4.3 Conséquences pour les différents groupes de la société	19
4.4 Conséquences pour l’économie dans son ensemble.....	27
4.5 Aspects pratiques de l’exécution	28
5. Bilan	31
A. Autres analyses	33
A.1 Systèmes d’information des organisations d’ASD et des EMS.....	33
A.2 Norme HL7 FHIR	34
B. Aperçu des discussions techniques	35
C. Questionnaires	36
C.1 Questionnaire pour l’enquête en ligne	36
C.2 Guide des discussions techniques	41

Tableaux

Tableau 1 : Discussions techniques avec les différents groupes d'acteurs.....	9
Tableau 2 : Aperçu des catégories de remise de médicaments	16
Tableau 3 : Effectifs des groupes d'acteurs pertinents	19
Tableau 4 : Aperçu des conséquences pour les groupes d'acteurs	26
Tableau 5 : Plan de médication déjà intégré dans le système d'information, ASD et EMS.....	33
Tableau 6 : Plan de médication conforme aux exigences du format « <i>Medication Card document</i> », ASD et EMS	33
Tableau 7 : Diffusion du code QR, ASD et EMS.....	33
Tableau 8 : Conformité à la norme HL7 FHIR, ASD et EMS	34
Tableau 9 : Aperçu des discussions techniques	35

Illustrations

Illustration 1 : Plan de médication déjà disponible dans le système d'information	25
Illustration 2 : Évaluation globale des groupes d'acteurs	27
Illustration 3 : Respect des exigences du format « <i>Medication Card document</i> »	29
Illustration 4 : Diffusion du code QR	30
Illustration 5 : Évaluation globale du plan de médication	32
Illustration 6 : Diffusion de la norme HL7 FHIR	34

Zusammenfassung

Ein beträchtlicher Anteil der Bevölkerung nimmt regelmässig und über längere Zeit mehrere Arzneimittel gleichzeitig ein – man spricht dabei von Polymedikation. Besonders bei älteren Personen ist Polymedikation weit verbreitet. Sie birgt jedoch medizinische Risiken, so können z.B. unbeabsichtigte Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln zu Hospitalisationen führen. Diesem Problem will die Motion 18.3512 «Recht auf einen Medikationsplan zur Stärkung der Patientensicherheit» vom 13. Juni 2018 entgegenwirken: Durch die ausdrückliche Verankerung des Rechts auf die Erstellung oder Aktualisierung eines Medikationsplans soll die Patientensicherheit erhöht werden. Die entsprechende Gesetzesänderung soll im Rahmen der Revision des Heilmittelgesetzes implementiert werden. Mit der vorliegenden Regulierungsfolgeabschätzung werden die Auswirkungen dieser Gesetzesänderung untersucht.

Bereits heute bestehen Sorgfalts- und Informationspflichten für medizinische Fachpersonen: Sie müssen Wechselwirkungen abklären und Patientinnen und Patienten aufklären. Materiell ist der Mehrwert einer zusätzlichen Norm daher begrenzt. Damit Patientinnen und Patienten ihr Recht auf Aufklärung und Rechenschaft seitens der Ärztinnen und Ärzte auch wirklich wahrnehmen, bedarf es primär einer besseren Information über die Patientenrechte und eines vereinfachten Zugangs zur Patienten- bzw. Behandlungsakte.

Der Medikationsplan hat grundsätzlich das Potenzial, den Zugang zu Patienteninformationen betreffend Medikation zu verbessern. Die Wirkung hängt jedoch von der tatsächlichen Inanspruchnahme ab: Es besteht mit der geplanten Gesetzesänderung lediglich ein Anrecht, das von den Patientinnen und Patienten aktiv eingefordert werden muss. Für die Realisierung des Potenzials ist daher die Aufklärung und Sensibilisierung der Patientinnen und Patienten zentral. Zudem muss der Inhalt des Medikationsplans patientengerecht dargestellt werden. Ein weiteres Potenzial des Medikationsplans könnte darin liegen, ein Katalysator für das elektronische Patientendossier (EPD) zu sein. Gleichzeitig könnte der angedachte Medikationsplan aber auch zu einer Doppelspurigkeit führen.

Herausforderungen bei der Motion Stöckli 18.3512 zeigen sich insbesondere in der Verteilung der Verantwortlichkeiten zwischen medizinischen Fachpersonen und in der technischen Umsetzung. Durch eine Standardisierung des Austauschformats soll sichergestellt werden, dass unterschiedliche medizinische Fachpersonen den Medikationsplan aktualisieren können. Das BAG sieht vor, dass der Medikationsplan die Anforderungen an das Austauschformat «Medication Card document» erfüllen soll. Die meisten Informationssysteme für Kliniken, Apotheken und Praxen verfügen bereits über einen Medikationsplan, der diese Anforderungen erfüllt.

Der Medikationsplan kann durch verminderte Fehlmedikationen zu einer Kosteneinsparung führen. Dem stehen jedoch Kosten des medizinischen Fachpersonals für die Erstellung und Aktualisierung des Plans gegenüber, deren genaue Abgeltung noch offen ist. Mehrere der befragten Fachpersonen gehen davon aus, dass der entscheidende Faktor, ob die Gesundheitskosten mit der angedachten Einführung des Medikationsplans steigen oder sinken, in der konkreten Umsetzung des Vorhabens liegt. Der Medikationsplan müsse in den bestehenden Informationssystemen bearbeitet und einfach in die gängigen Prozesse integriert werden können.

Résumé

Une part considérable de la population prend régulièrement et sur une longue période plusieurs médicaments en même temps – on appelle cela la polymédication. La polymédication est particulièrement répandue chez les personnes âgées. Or, elle comporte des risques médicaux, notamment des interactions involontaires entre médicaments qui peuvent entraîner des hospitalisations. La motion 18.3512 « Droit à un plan de médication en vue de renforcer la sécurité des patients » du 13 juin 2018 entend remédier à ce problème : l'inscription explicite du droit à l'établissement ou à l'actualisation d'un plan de médication doit permettre d'améliorer la sécurité des patients. La modification de loi correspondante doit être mise en œuvre dans le cadre de la révision de la loi sur les produits thérapeutiques. La présente analyse d'impact de la réglementation examine les effets de cette modification législative.

Aujourd'hui déjà, les personnes relevant d'une profession médicale sont soumises à des obligations de diligence et d'information : elles doivent clarifier les interactions et informer les patients. Sur le plan matériel, la valeur ajoutée d'une norme supplémentaire est donc limitée. Pour que les patients fassent réellement usage de leur droit à l'information et à la responsabilité de la part des médecins, il faut en premier lieu une meilleure information sur les droits des patients et un accès simplifié au dossier du patient ou au dossier médical.

Le plan de médication a en principe le potentiel d'améliorer l'accès des patients aux informations relatives à la médication. Son efficacité dépend toutefois de son utilisation effective : la modification législative prévue entraîne un droit qui doit toutefois être activement revendiqué par les patients. Pour réaliser le potentiel de la modification législative, il est donc essentiel d'informer et de sensibiliser les patients. En outre, le contenu du plan de médication doit être présenté de manière adaptée aux patients. Un autre potentiel du plan de médication pourrait être de servir de catalyseur pour le dossier électronique du patient (DEP). Mais en même temps, le plan de médication envisagé pourrait aussi conduire à un double emploi.

Les défis posés par la motion Stöckli 18.3512 se situent notamment au niveau de la répartition des responsabilités entre les professionnels de la santé et de la mise en œuvre technique. La standardisation du format d'échange doit garantir que différents professionnels de la santé puissent mettre à jour le plan de médication. L'OFSP prévoit que le plan de médication réponde aux exigences du format d'échange « Medication Card document ». La plupart des systèmes d'information pour les cliniques, les pharmacies et les cabinets médicaux disposent déjà d'un plan de médication qui répond à ces exigences.

Le plan de médication peut entraîner une réduction des coûts grâce à une diminution des erreurs de médication. En contrepartie, les coûts incombant aux professionnels de la santé pour l'élaboration et la mise à jour du plan, dont la rémunération exacte n'a pas encore été déterminée, doivent être pris en compte. Plusieurs experts interrogés partent du principe que le facteur décisif pour savoir si les coûts de la santé augmenteront ou diminueront avec l'introduction envisagée du plan de médication réside dans la mise en œuvre concrète du projet. Le plan de médication doit pouvoir être traité dans les systèmes d'information existants et être intégré facilement dans les processus courants.

Summary

A considerable proportion of the population regularly takes several medicines at the same time over an extended period of time - this is known as polymedication. Polymedication is particularly widespread among older people. However, it harbors medical risks. For instance, unintentional interactions between medicines can lead to hospitalizations. Motion 18.3512 «Right to a medication plan to strengthen patient safety» of 13 June 2018 aims to counteract this problem: Patient safety is to be increased by explicitly enshrining the right to create or update a medication plan. The corresponding amendment to the law is to be implemented as part of the revision of the Therapeutic Products Act. The present regulatory impact assessment examines the effects of this amendment to the law.

Medical professionals are already subject to duties of care and information: They must check for drug interactions and inform patients. Materially, the added value of an additional legal norm is therefore limited. For patients to actually exercise their right to information and accountability on the part of doctors, there is primarily a need for better information about patients' rights and simplified access to the patient or treatment file.

In principle, the medication plan has the potential to improve access to patient information on medication. However, the effect depends on the actual use of the plan: The planned change in the law encompasses an entitlement, which patients must actively demand. Therefore, the education and sensitization of patients is crucial for the realization of the potential. In addition, the content of the medication plan must be presented in a patient-friendly way. The medication plan could potentially be a catalyst for the electronic patient dossier (EPD). At the same time, however, the envisaged medication plan could lead to inefficient duplication.

Challenges with the motion Stöckli 18.3512 can be seen in particular in the distribution of responsibilities between medical professionals and in the technical implementation. Standardization of the exchange format should ensure that different medical professionals can update the medication plan. The FOPH stipulates that the medication plan should meet the requirements for the «Medication Card document» exchange format. Most information systems for clinics, pharmacies and practices already have a medication plan that meets these requirements.

The medication plan can lead to cost savings through reduced medication errors. However, this is accompanied by the costs of the medical professionals for preparing and updating such a plan, the exact remuneration of which is still open. Several of the experts interviewed assume that the decisive factor as to whether health care costs will increase or decrease with the planned introduction of the medication plan lies in the concrete implementation of the project. According to them, it should be ensured that the medication plan be editable in the existing information systems and that it can be easily integrated into the usual processes.

1. Introduction

La révision actuellement prévue de la loi sur les produits thérapeutiques (LPTh) vise en particulier à améliorer les soins de santé en Suisse. Premièrement, il est prévu que les patients aient désormais droit à un *plan de médication*. Cette mesure permettrait d'améliorer la sécurité des patients, en particulier ceux qui doivent prendre simultanément plusieurs médicaments. Deuxièmement, il est prévu d'introduire l'obligation de recourir à des outils d'aide numériques dans le domaine de la pédiatrie (« *eHealth tools* ») afin d'éviter les erreurs de médication. Un autre objectif de la révision est de créer une sécurité juridique dans le domaine des « médicaments de thérapie innovante » (*Advanced Therapy Medicinal Products, ATMP*), selon l'appellation utilisée dans les réglementations de l'Union européenne.

Compte tenu des trois modifications évoquées, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a chargé l'entreprise BSS Volkswirtschaftliche Beratung et le Dr Dario Picocchi de réaliser une analyse d'impact de la réglementation (AIR). Le présent rapport traite des modifications prévues concernant l'introduction d'un plan de médication.

Dans le chapitre 2, comme cela nous a été demandé, nous décrivons succinctement la motivation qui sous-tend la révision de la LPTh examinée dans le présent rapport. Le chapitre 3 expose les méthodes employées pour élaborer cette étude. Dans le chapitre 4, nous abordons, en ce qui concerne les aspects du projet relatifs aux plans de médication, les cinq points devant être examinés dans le cadre d'une AIR, puis nous concluons dans le chapitre 5 par un bilan.

2. Contexte

Lorsque des patients prennent simultanément trois médicaments ou plus (« polymédication »), plusieurs défis se posent : pour la personne concernée, il est difficile de conserver une vue d'ensemble de sa médication. En outre, cette situation peut entraîner des interactions médicamenteuses indésirables. Les informations sur une éventuelle polymédication sont donc très importantes pour les professionnels de la santé assurant le traitement. Cependant, il arrive de plus en plus souvent que ces informations ne soient pas disponibles en temps voulu ni de manière exhaustive, par exemple en cas d'admission rapide dans un hôpital ou dans un EMS. C'est la raison pour laquelle la motion Stöckli 18.3512 « Droit à un plan de médication en vue de renforcer la sécurité des patients » du 13 juin 2018¹ demande au Conseil fédéral de créer une base juridique donnant aux patients faisant l'objet d'une polymédication le droit à un plan de médication sous forme électronique ou sur papier. Le Conseil national et le Conseil des États ont accepté la motion. Selon celle-ci Stöckli 18.3512, une telle démarche permettra d'améliorer la sécurité des patients. Dans le cadre de la révision de la LPTh, cette motion sera mise en œuvre au moyen de l'introduction d'un nouvel art. 26a p-LPTh.

¹ Stöckli (2018), motion 18.3512, Droit à un plan de médication en vue de renforcer la sécurité des patients, disponible en ligne sur : <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20183512>.

3. Méthodologie

L'analyse d'impact de la réglementation (AIR) est un outil permettant d'examiner au préalable les effets d'une nouvelle réglementation. Elle vise à rendre transparentes les conséquences d'une nouvelle réglementation et à présenter d'autres options envisageables. Les cinq points suivants sont examinés dans le cadre d'une AIR conformément à la méthodologie fixée par le Secrétariat d'État à l'économie :

- Point 1 : nécessité et possibilité d'une intervention de l'État
- Point 2 : options envisageables
- Point 3 : conséquences pour les différents groupes de la société
- Point 4 : conséquences pour l'économie dans son ensemble
- Point 5 : aspects pratiques de l'exécution

En vue d'examiner les cinq points mentionnés, nous nous appuyons sur des analyses de documents, sur l'interprétation de normes juridiques ainsi que sur des discussions techniques et une enquête en ligne auprès d'entreprises.

3.1 Discussions techniques

Nous avons mené 15 entretiens structurés avec des personnes représentant les différents groupes d'acteurs concernés. Le guide des discussions a été élaboré en concertation avec l'OFSP. La liste des personnes interrogées figure à l'annexe B. Le Tableau 1 ci-après indique les thèmes sur lesquels les différents groupes d'acteurs ont été interrogés.

Tableau 1 : Discussions techniques avec les différents groupes d'acteurs

Groupe d'acteurs	Experts/associations
Pharmaciens	<ul style="list-style-type: none">– Association des pharmaciens cantonaux– pharmaSuisse– SSPAH – Société suisse des pharmaciens d'administration et des hôpitaux
Médecins	<ul style="list-style-type: none">– FMH – Fédération des médecins suisses– pédiatrie suisse– mfe – Médecins de famille et de l'enfance Suisse
Droguistes	<ul style="list-style-type: none">– Association suisse des droguistes
Patients	<ul style="list-style-type: none">– Fondation Sécurité des patients Suisse
Hôpitaux	<ul style="list-style-type: none">– Médecine Universitaire Suisse

Groupe d'acteurs	Experts/associations
Organisations d'aide et de soins à domicile/soins infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> - SBK ASI – Association suisse des infirmières et infirmiers - Association suisse des services d'aide et de soins à domicile
Assureurs	<ul style="list-style-type: none"> - curafutura - santésuisse

3.2 Enquête en ligne

Les modifications relatives au plan de médication concernent notamment les fournisseurs des systèmes primaires qu'utilisent les différents groupes d'acteurs. Ces fournisseurs diffèrent grandement par leur taille et par l'étendue de leur offre. En outre, ils ne sont pas organisés au sein d'une association. Nous avons donc invité les entreprises informatiques potentiellement concernées à participer à une brève enquête en ligne. Concrètement, il s'agit de fournisseurs de systèmes d'information pour les hôpitaux, de systèmes d'information pour les cabinets médicaux et de systèmes d'information pour les pharmacies ainsi que des fournisseurs de systèmes d'information pour les services d'aide et de soins à domicile (ASD) et de systèmes d'information pour les établissements médico-sociaux (EMS). De nombreuses entreprises sont actives dans plusieurs domaines. Au total, 60 entreprises informatiques ont été contactées. Nous avons reçu 31 réponses au total, ce qui représente un taux de réponse de 52 %. Certaines entreprises étant actives dans plusieurs domaines, les totaux par système d'information se répartissent comme suit : 7 systèmes d'information hospitaliers, 14 systèmes d'information de cabinet, 6 systèmes d'information de pharmacie, 7 systèmes d'information d'ASD et 6 systèmes d'information d'EMS.

3.2.1 Pondération

Dans l'optique de formuler des déclarations plus précises, nous pondérons, pour certaines questions, les réponses des entreprises interrogées en fonction de leur part de marché suivant leurs propres indications. Un contrôle de plausibilité montre que la somme des parts de marché indiquées est parfois supérieure à 100 % ; les chiffres absolus ne sont donc pas pertinents. Nous partons néanmoins du principe que les valeurs données rendent compte adéquatement des relations entre les entreprises. De plus, nous avons procédé à des contrôles de plausibilité supplémentaires : d'une part, nous avons nous-mêmes effectué des recherches sur les parts de marché. C'était possible notamment pour les fournisseurs de systèmes d'information hospitaliers et de cabinet ; le rapport entre les parts de marché indiquées par les entreprises correspondait à nos recherches. D'autre part, dans chaque domaine (systèmes d'information hospitaliers, systèmes d'information de cabinet, etc.), nous avons abaissé la pondération de l'entreprise ayant la part de marché la plus élevée au niveau de celle de l'entreprise ayant la deuxième part de marché la plus élevée afin d'examiner l'influence de valeurs aberrantes. Pour les systèmes d'information hospitaliers, les systèmes d'information de cabinet, les systèmes d'information de pharmacie et les systèmes d'information d'EMS, les résultats n'ont pratiquement pas changé. Pour les systèmes d'information d'ASD, les valeurs aberrantes ont une influence plus marquée, et nous n'avons de

plus pas pu vérifier la plausibilité des parts de marché lors de nos recherches. Par conséquent, nous avons renoncé à une pondération pour les fournisseurs de systèmes d'information d'ASD.

4. Points à examiner dans le cadre de l'AIR

4.1 Nécessité et possibilité d'une intervention de l'État

4.1.1 Problématique

La prise simultanée de plusieurs médicaments à action systémique (polymédication) comporte des risques. Si les différents médicaments ne sont pas bien adaptés les uns aux autres, des effets secondaires peuvent survenir en raison d'interactions entre les principes actifs. De plus, une anamnèse incomplète peut engendrer un risque d'erreur de médication. La polymédication² concerne une part considérable de la population et devient plus fréquente avec l'âge. Selon le rapport sur les médicaments 2022 d'Helsana, qui s'appuie sur les données de facturation d'une assurance-maladie majeure en Suisse, 18,6 % de la population était concernée par la polymédication en 2021. Chez les personnes de plus de 75 ans, ce pourcentage atteint près de 60 %³.

Afin de limiter les risques décrits, le projet vise à accorder aux patients le droit à l'établissement et à l'actualisation d'un plan de médication. Cette mesure doit être mise en œuvre au titre d'un art. 26a p-LPTh nouvellement intégré dans la LPTh et de la modification ultérieure de l'ordonnance y afférente. Dans le présent projet, l'art. 26a p-LPTh dispose ce qui suit :

¹ Tout patient peut exiger que la personne chargée de la prescription, de la remise ou de l'utilisation de médicaments établisse ou actualise une liste des médicaments prescrits, remis ou utilisés dans un format lisible par voie électronique (plan de médication).

² Le plan de médication doit, sur demande, être fourni au patient par voie électronique ou sur papier.

³ Le Conseil fédéral peut libérer des personnes déterminées de l'obligation d'établir ou d'actualiser un plan de médication.

*⁴ Le Conseil fédéral règle les modalités, en particulier:
a. le contenu du plan de médication;*

² Helsana définit la polymédication (dans l'original : polypharmacie) comme la prise d'au moins cinq médicaments différents sur une période de trois mois. Cependant, contrairement au projet, ce rapport tient également compte des médicaments qui n'ont pas une action systémique, telle que les crèmes, les pommades et les gouttes ophtalmiques. Voir Helsana (2022), Helsana-Report: Arzneimittel, Kosten auf Rekordhoch, disponible en ligne sur : <https://perma.cc/F8AH-EQJ5>, p. 119.

³ Helsana (2022), Helsana-Report: Arzneimittel, Kosten auf Rekordhoch, disponible en ligne sur : <https://perma.cc/F8AH-EQJ5>, p. 120.

- b. *les types de médicaments inscrits dans le plan de médication;*
- c. *les exigences relatives à l'établissement et à l'actualisation du plan de médication.*

Le Parlement se penche actuellement sur la motion Stöckli 21.3294 « Polymorbidité. Améliorer la qualité de la médication et la sécurité des patients en établissant et gérant des plans de médication » du 18 mars 2021⁴, qui vise à renforcer la sécurité des patients (voir l'encadré ci-dessous).

Différence entre les deux motions Stöckli

La motion Stöckli 18.3512 « Droit à un plan de médication en vue de renforcer la sécurité des patients » du 13 juin 2018, déjà adoptée, demande que les patients qui doivent prendre plus de trois médicaments aient droit à un plan de médication. Le Parlement traite d'ores et déjà un durcissement de cette demande, à savoir la « nouvelle » motion Stöckli 21.3294 « Polymorbidité. Améliorer la qualité de la médication et la sécurité des patients en établissant et gérant des plans de médication » du 18 mars 2021. À la différence de la motion Stöckli 18.3512, cette nouvelle motion demande un durcissement des éléments suivants :

- *Obligation* : les personnes relevant d'une profession médicale doivent être *tenues* d'établir un plan de médication. Le patient ne devrait donc plus en faire expressément la demande.
- *Nombre de médicaments* : dans « l'ancienne » motion Stöckli 18.3512, le droit à un plan de médication était initialement prévu uniquement pour les patients devant prendre au moins *trois* médicaments. Cette restriction est supprimée dans la « nouvelle » motion Stöckli 21.3294 ; elle a également été abrogée dans le projet de loi.
- *Vérification de la médication* : la loi ou l'ordonnance doit prévoir qu'une vérification de la médication (« réconciliation médicamenteuse ») soit réalisée et documentée lors de la remise ou de l'utilisation de médicaments associés à des risques ou à des effets indésirables potentiels.

4.1.2 Objectifs d'action

Les objectifs suivants sont associés au projet :

- *Fourniture d'informations structurées aux professionnels de la santé* : au moyen d'un plan de médication électronique, les personnes relevant d'une profession médicale auront la possibilité de saisir les informations les plus récentes concernant la médication du patient.
- *Préparation claire des informations pour les patients* : afin d'améliorer l'adhérence au traitement et d'éviter les erreurs lors de la prise de médicaments, le plan de médication

⁴ Stöckli (2021), motion 21.3294, Polymorbidité. Améliorer la qualité de la médication et la sécurité des patients en établissant et gérant des plans de médication, disponible en ligne sur : <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20213294>.

électronique doit permettre aux patients de déterminer quand et à quelle fréquence prendre leurs différents médicaments.

- *Format d'échange standardisé* : afin que tous les fournisseurs de prestations soient en mesure d'établir et d'actualiser des plans de médication électroniques, il convient de prévoir un format d'échange standardisé.

Ces trois objectifs d'action doivent permettre d'atteindre l'objectif général consistant à améliorer la sécurité des patients.

4.1.3 Besoin d'une intervention de l'État

Scénario de référence

Afin d'examiner la nécessité d'une intervention de l'État, il est nécessaire en premier lieu de disposer d'un scénario de référence. Ce dernier décrit l'évolution des problèmes évoqués au sous-chapitre 4.1.1, en supposant qu'aucune mesure étatique n'a été prise. Il convient ici de relever que des plans de médication électroniques sont déjà proposés aujourd'hui, et que différents fournisseurs de systèmes primaires en ont déjà intégré dans leurs solutions logicielles (cf. sous-chapitres 4.3.3 et 4.3.2). Selon les experts interrogés, ce sont principalement les organisations d'ASD, les médecins de famille et les médecins au cours d'un séjour à l'hôpital qui établissent des plans de médication. Cependant, l'absence d'un format homogène (quatre mentions), d'un processus standardisé (quatre mentions) et d'une répartition des responsabilités (trois mentions) est encore à déplorer. Il n'existe pas non plus d'infrastructure numérique adaptée (trois mentions) ni de réglementation relative à l'indemnisation financière des fournisseurs de prestations chargés d'établir le document (trois mentions). En conséquence, il arrive souvent aujourd'hui que les plans de médication soient incomplets (trois mentions). Lors des discussions techniques, il a été dit à de nombreuses reprises qu'il n'était pas tant question de savoir combien de plans de médication sont établis à l'heure actuelle, mais plutôt combien d'entre eux sont également complets et à jour.

Nécessité d'une intervention

Le projet vise à remédier aux problèmes qui surviennent en cas de polymédication en inscrivant explicitement dans la loi l'obligation, pour les personnes relevant d'une profession médicale, d'établir et d'actualiser des plans de médication électroniques, lisibles à la demande du patient. En principe, une intervention de l'État est indiquée en cas d'échec du marché, d'échec de la réglementation ou lorsque les avantages liés à la préservation du bien commun pèsent plus que la restriction des intérêts individuels. Dans le détail, on observe ce qui suit :

- *Échec du marché* : étant donné que le système de santé suisse restreint fortement la libre fixation des prix et par conséquent la concurrence tarifaire entre les différents fournisseurs de prestations, il manque une caractéristique essentielle de l'organisation fondée sur les principes de l'économie de marchés⁵.

⁵ Dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins (AOS), les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente (art. 44, al. 1, LAMal). Indépendamment de cela, les consommateurs sont peu incités à réduire au maximum leurs coûts, d'une part, parce qu'en règle générale l'assurance-maladie prend en charge les coûts de la fourniture

- *Échec de la réglementation* : il existe déjà une réglementation concernant les devoirs des personnes relevant d'une profession médicale en matière de diligence, d'information, de documentation et de reddition de compte afin de prévenir les erreurs de médication évitables. Certains défis se posent néanmoins concernant la mise en œuvre de ces devoirs (cf. sous-chapitre 4.2.2).
- *Autres intérêts publics prépondérants* : une intervention de l'État serait finalement justifiée si les avantages de la collectivité compensaient les pertes consenties par les acteurs concernés. Les plans de médication sont avantageux principalement pour les patients faisant l'objet d'une polymédication, c'est-à-dire un sous-groupe qui ne représente pas la collectivité. Cependant, en raison des risques associés à la polymédication, les avantages dont peut bénéficier le sous-groupe concerné doivent être considérés comme élevés. En outre, ils peuvent donner lieu à des avantages pour l'ensemble de la société, pour autant que le risque réduit d'erreurs de médication se traduise également par des frais médicaux réduits. Toutefois, il n'est pas possible de démontrer dans quelle mesure les économies en matière de coûts sont plus importantes que les frais nécessaires à la mise en place et à l'actualisation des plans de médication. Lors des discussions, les experts ont indiqué que l'introduction d'un plan de médication tend à n'avoir aucune incidence sur les coûts (quatre mentions), voire à les faire baisser (trois mentions). Deux interlocuteurs ont fait observer que l'incidence sur les coûts dépend de la mise en œuvre, et un interlocuteur s'attend à une hausse des coûts.

En résumé, la nécessité d'une intervention de l'État découle d'un échec de la réglementation et d'intérêts publics prépondérants.

4.2 Options envisageables

4.2.1 Mesures proposées

Le projet prévoit d'octroyer aux patients le droit d'exiger, lors de la prescription, de la remise ou de l'utilisation d'un médicament, l'établissement ou la mise à jour d'un plan de médication par le spécialiste responsable (voir le sous-chapitre 4.1.1). Cette exigence doit être inscrite dans la loi.

4.2.2 Autres réglementations

Dans cette section, nous examinons s'il existe des règles plus souples permettant également d'atteindre les objectifs fixés. Nous exposons en particulier dans quelle mesure les devoirs actuels de diligence, d'information, de documentation et de redevabilité suffisent à satisfaire au contenu de la réglementation proposée. Nous montrons ensuite qu'une meilleure information des patients et l'accès simplifié aux données des patients peuvent permettre à ces derniers d'être plus éclairés quant aux médicaments qu'ils prennent.

de prestations (ou du moins ceux qui dépassent la franchise et la quote-part) et, d'autre part, parce que leur propre santé est un bien précieux.

Devoirs actuels de diligence, d'information, de documentation et de reddition de compte

Conformément à l'art. 40, let. a, LPMéd, les personnes relevant d'une profession médicale⁶ sont tenues d'exercer leur activité « avec soin et conscience professionnelle » et de « respecter les limites des compétences qu'elles ont acquises dans le cadre de leur formation universitaire, de leur formation postgrade et de leur formation continue »⁷. Le devoir de diligence émane également de l'art. 394, al. 1, du code des obligations (CO), selon lequel le mandataire doit « gérer l'affaire dont il s'est chargé ou rendre les services qu'il a promis ». Les médecins et les pharmaciens prodiguant les conseils⁸ doivent donc œuvrer avec soin, en s'appuyant sur leurs connaissances et leur savoir-faire, pour restaurer ou préserver l'état de santé souhaité⁹. La diligence requise veut que les traitements médicaux soient justifiables et adéquats suivant « l'état reconnu et garanti des connaissances médicales » (lex artis ou selon les règles de l'art médical ou pharmaceutique)¹⁰. L'art. 26, al. 1, LPT^h souligne expressément ces exigences de traitement diligent des patients lors de la prescription, de la remise et de l'utilisation de médicaments. Il convient également de relever que les personnes exerçant une profession médicale sont déjà tenues aujourd'hui, avant de prescrire un médicament, de se renseigner sur l'état de santé du patient (art. 26, al. 2, LPT^h).

En outre, les médecins en particulier ont pour obligation accessoire d'informer spontanément les patients sur des aspects médicaux et thérapeutiques (cf. art. 398, al. 2, CO)¹¹. En vertu du devoir d'information, les médecins doivent également informer les patients des éventuels risques d'un traitement, des effets secondaires d'un médicament ou du comportement approprié dans le cadre du traitement¹². Lors de la remise de médicaments dans leur emballage original, ils doivent fournir des informations concernant la posologie et la prise de ces médicaments (cf. ch. 20.3.4.1, let. a, des règles de bonnes pratiques de remise de médicaments). Concernant la remise de médicaments, le législateur a tenu compte des éventuels devoirs d'information suivant la manière dont il les a répartis entre différentes catégories de remise (voir les catégories de remise A, B, D ou E conformément à l'art. 23 LPT^h en rel. avec les art. 41 à 44 de l'ordonnance sur les médicaments (OMéd) ; cf. Tableau 2 pour une vue d'ensemble). Conformément aux art. 41 à 44 OMéd, suivant la catégorie de remise d'un médicament, son utilisation doit faire l'objet d'une surveillance médicale (catégorie A), sa remise requiert un conseil spécialisé au préalable (catégories B et D) ou il peut être obtenu en vente libre (catégorie E). Enfin, les règles de bonnes

⁶ Conformément à l'art. 2, al. 1, LPMéd, sont considérés comme exerçant une profession médicale les médecins, les médecins-dentistes, les chiropraticiens, les pharmaciens et les vétérinaires.

⁷ Pour les professionnels de la santé tels que le personnel infirmier, on trouve une norme semblable en matière de diligence à l'art. 16, let. a et c, de la loi fédérale sur les professions de la santé [LPSan]).

⁸ Dès lors que les pharmaciens fournissent uniquement un conseil spécialisé (sans vendre de médicaments), on parle d'un engagement contractuel. En cas de vente d'un médicament, il s'agit d'un contrat de vente où le conseil est une obligation accessoire, les exigences à imposer pour l'accomplissement des obligations ne devant cependant pas être moins strictes que celles liées à un engagement contractuel, notamment compte tenu des prescriptions de la législation sur les produits thérapeutiques. Cf. Fink (2008), Aufklärungspflicht von Medizinalpersonen (Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker), Diss. St. Gallen 2008, p. 15 ss, 235 ss; ATF 140 II 520 consid. 3.2 p. 525.

⁹ Cf. ATF 133 III 121 consid. 3.1. p. 124 ; Aebi-Müller/Fellmann/Gächter/Rütsche/Tag (2016), Arztrecht, Ru. 70 ss sur § 2; et les références citées Picecchi (2022), Das Wirtschaftlichkeitsgebot im Krankenversicherungsrecht, ch. 83 ss.

¹⁰ Voir notamment arrêté du TF 6B_1031/201 du 23 mars 2017 consid. 6.5.2.

¹¹ ATF 117 Ib 197 consid. 2a p. 200 ; Aebi-Müller/Fellmann/Gächter/Rütsche/Tag (2016), Arztrecht, ch. 101 ss sur § 2.

¹² ATF 116 II 519 consid. 3 p. 521 ss ; vgl. Arrêté du TF 4A_365/2014, 4A_371/2014 du 5 janvier 2015 consid. 9, en particulier consid. 9.2.

pratiques de remise constituent une lex artis codifiée à prendre en compte lors de la remise et de l'utilisation de médicaments¹³.

Tableau 2 : Aperçu des catégories de remise de médicaments

Catégorie de remise	Soumission à ordonnance	Remise
A médicament soumis à ordonnance non renouvelable	sur ordonnance médicale ou vétérinaire	unique utilisation sous surveillance médicale
B médicament soumis à ordonnance	sur ordonnance médicale ou vétérinaire exceptionnellement sans ordonnance ; par le pharmacien (art. 24, al. 1, let. a, ch. 1, LPTh en rel. avec art. 45 OMéd)	sur conseil spécialisé
D médicament remis sur conseil spécialisé	sans ordonnance médicale ou vétérinaire	sur conseil spécialisé
E médicament en vente libre	sans ordonnance médicale ou vétérinaire	en vente libre

Enfin, compte tenu de la relation contractuelle entre le corps médical ou la pharmacie prodiguant le conseil et les patients, il existe également un devoir de reddition de compte (cf. art. 400, al. 1, CO). À ce titre, les personnes relevant d'une profession médicale doivent fournir aux patients, si ceux-ci en font la demande, toutes les informations qui pourraient être pertinentes pour eux¹⁴. Pour que les médecins puissent remplir leur devoir de redevabilité, il est nécessaire qu'ils documentent de manière exhaustive les traitements en incluant l'ensemble des faits médicaux essentiels¹⁵. S'agissant des médicaments soumis à ordonnance médicale, il est impératif de tenir un dossier du patient devant notamment indiquer tous les médicaments prescrits (ch. 20.3.4.3 des règles de bonnes pratiques de remise de médicaments). En outre, la remise d'un médicament prescrit doit faire l'objet d'un contrôle de la part de la personne relevant d'une profession médicale responsable et ce contrôle, de même qu'un éventuel double contrôle, doit être documenté (ch. 20.3.4.4 des règles de bonnes pratiques de remise de médicaments).

En vertu de l'art. 26a p-LPTh envisagé, tout patient peut exiger que « la personne chargée de la prescription, de la remise ou de l'utilisation de médicaments établisse ou actualise une liste des médicaments prescrits, remis ou utilisés dans un format lisible par voie électronique (plan de médication) ». Ce plan de médication doit, sur demande, être fourni au patient par voie électronique ou sur papier (art. 26a, al. 2, p-LPTh). Au moyen de cette nouvelle disposition, le législateur définirait donc un devoir spécifique d'information et de documentation. D'un point de

¹³ Association suisse des pharmaciens cantonaux (2009), Règles de bonnes pratiques de remise de médicaments, Version 1, disponible en ligne sur : <https://perma.cc/7PDR-4794>.

¹⁴ Aebi-Müller/Fellmann/Gächter/Rütsche/Tag (2016), *Arztrecht*, Rz. 109 zu § 2.

¹⁵ Voir notamment ATF 141 III 363 consid. 5.1 p. 365 s.

vue matériel, cependant, cette obligation ne va pas au-delà de la réglementation ni des obligations existantes. Les médecins assurant le traitement et les pharmaciens prodiguant le conseil¹⁶ sont déjà tenus de demander au patient quels médicaments il prend. Ce n'est qu'ainsi qu'ils peuvent identifier et prévenir d'éventuelles interactions (devoir de diligence). Ils doivent alors documenter la remise de médicaments soumis à ordonnance dans le dossier du patient (devoir de reddition de compte et de documentation). Enfin, si le patient en fait la demande, le professionnel de la santé assurant le traitement doit lui communiquer des informations sur les médicaments prescrits, remis ou utilisés. Il doit en outre, même en l'absence de demande expresse, fournir des détails sur l'utilisation des médicaments et les risques éventuels qui leur sont associés, en particulier sur les interactions (devoir d'information).

Du point de vue formel, la révision prévue de la loi oblige les personnes relevant d'une profession médicale à établir ou à actualiser le plan de médication sous forme lisible par voie électronique et, sur demande, à le remettre au format numérique. Cela donne lieu à un meilleur échange d'informations entre les différents professionnels. Sur le plan formel, il est toutefois déjà possible de mettre en œuvre ces améliorations, même sans la révision proposée de la loi ; il n'existe en tout cas aucun obstacle juridique empêchant de proposer dès aujourd'hui un plan de médication sous la forme envisagée.

Meilleure information des patients

Le défi est d'associer les obligations mentionnées précédemment à des droits concrets pour les patients. Si les patients sont mieux informés au sujet de leurs droits, en particulier le droit à l'information et le droit à la reddition de compte, ils peuvent mieux faire valoir ces droits. De cette manière, les patients ont un meilleur aperçu des médicaments qu'ils prennent. En outre, ils auront tendance à insister pour que l'historique de leur médication soit enregistré et pour qu'une liste actualisée des médicaments qu'ils prennent soit établie avec chaque ordonnance. Cette situation permettra de limiter les interactions médicamenteuses et autres.

Par conséquent, une première étape serait de mieux informer les patients au sujet des droits dont ils disposent. Cette démarche est particulièrement pertinente pour les groupes de patients plus âgés ou les patients faisant l'objet d'une polymédication. Le seul fait d'ancrer explicitement le droit à un plan de médication dans la loi ne modifie toutefois en rien le degré d'information de patients.

Accès facilité aux données des patients

Un accès simplifié pour tous les fournisseurs de prestations aux données des patients, par exemple au moyen d'un dossier électronique du patient (DEP), peut contribuer à réduire ou à prévenir totalement les complications dues à la prise de plusieurs médicaments et à leurs interactions. Un dossier électronique du patient peut permettre aux personnes relevant d'une profession médicale d'avoir une vue d'ensemble de l'historique de médication (continuité du traitement). Il permet en outre d'enregistrer et d'actualiser les informations relatives aux médicaments prescrits de manière centralisée, au profit des patients et de tous les professionnels

¹⁶ Concernant les pharmaciens assurant le conseil, il convient de tenir compte du fait qu'habituellement, ceux-ci dépendent bien plus des informations données par les patients pour les conseiller et les informer de manière adéquate.

impliqués. L'accès à ces informations permet de mieux identifier les interactions potentielles entre les différents médicaments et de prendre des mesures adéquates en vue de prévenir des complications.

En principe, le DEP permettrait déjà de faciliter l'accès aux données du patient. Cependant, il est encore loin d'une mise en œuvre généralisée. Le mécanisme d'action décrit ne peut donc pas encore être mis en pratique à l'heure actuelle. Le législateur a toutefois pour objectif d'améliorer la couverture au moyen du DEP¹⁷. Dans le cadre de ces efforts, il serait également possible d'introduire à grande échelle un plan de médication sur une base volontaire.

Options de mise en œuvre : limitation aux pharmacies

Lors des discussions techniques, une autre forme de réglementation a été abordée : le droit à un plan de médication pourrait être limité à la remise et à l'utilisation (sans ordonnance) du médicament. Dans les cantons qui n'autorisent pas la propharmacie, les pharmaciens s'occuperaient donc d'établir et d'actualiser le plan de médication afin d'alléger la charge du corps médical. Sept des spécialistes interrogés soutiennent pleinement cette option de réglementation ou la soutiennent avec des réserves. Parmi les arguments en sa faveur, la formation des pharmaciens, qui sont spécialistes de l'action des médicaments, a été évoquée (cinq mentions).

Les arguments suivants ont été soulevés à l'encontre de cette option de réglementation : le médecin de famille doit assumer cette responsabilité (quatre mentions). En outre, le fait que les pharmaciens ne disposeraient pas de l'ensemble des dossiers médicaux (deux mentions) et qu'ils ne pourraient faire appel qu'aux informations relatives aux médicaments remis dans la pharmacie (trois mentions) accentue la problématique. Trois experts ont indiqué que la condition de ce transfert de compétences aux pharmaciens doit être la garantie constante d'une possibilité de concertation avec le médecin prescripteur.

Bilan intermédiaire

D'un point de vue matériel, les obligations actuelles en matière de diligence, de reddition de compte, de documentation et d'information couvrent déjà les normes proposées. Pour que les patients prennent eux aussi véritablement conscience de leur droit à l'information et à la reddition de compte de la part des personnes assurant le traitement, il est nécessaire d'améliorer l'information. En outre, l'introduction du DEP ne produit pas encore les effets souhaités. À l'heure actuelle, le DEP est encore loin d'être mis en œuvre à grande échelle. La révision en cours de la loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP) vise à corriger cette défaillance. Le plan de médication pourrait être introduit en tant que composante (facultative) du DEP. La mise en œuvre de telles possibilités d'action ne nécessite pas de modification de la loi. Lors des discussions techniques, les avis divergeaient concernant l'option de limiter le droit à la remise et à l'utilisation des médicaments.

¹⁷ Dans le cadre de la révision complète de la LDEP, il est prévu de renforcer la diffusion du DEP. Au moment de la remise du présent rapport, le projet de révision de la LDEP faisait l'objet d'une procédure de consultation.

4.3 Conséquences pour les différents groupes de la société

Le projet examiné a des conséquences variables pour les différents groupes de la société. Nous décrivons ci-après dans le détail les conséquences devant être attendues. Afin de catégoriser la pertinence des différents effets, nous commençons par présenter dans le Tableau 3 une grille des effectifs des groupes d'acteurs concernés. Dans la mesure du possible, nous tentons de délimiter les groupes de personnes concernées au sens large de manière à ne représenter que les acteurs effectivement touchés dans une mesure significative par la révision de la loi proposée (personnes concernées au sens strict). Cependant, cela se révèle souvent impossible en raison du manque de données disponibles.

Tableau 3 : Effectifs des groupes d'acteurs pertinents

Groupe d'acteurs	Personnes concernées au sens large	Personnes concernées au sens strict
Patients	Ensemble de la population	6,4 millions de personnes ayant eu recours à au moins un médicament au cours de l'année 2021 ¹⁸
Hôpitaux	276 hôpitaux et cliniques (état en 2021) ¹⁹	
Médecins	40 002 médecins, parmi lesquels 17 922 travaillent dans le milieu hospitalier et 21 440 travaillent dans des cabinets ²⁰	38 168 médecins qui prescrivent régulièrement des médicaments ²¹
Pharmaciens	22 212 employés (dont 27 % de pharmaciens) ²² , 1 819 pharmacies publiques ²³	
Droguistes	Env. 4 300 employés	

¹⁸ Helsana (2022), Helsana-Report: Arzneimittel, Kosten auf Rekordhoch, disponible en ligne sur : <https://perma.cc/F8AH-EQJ5>, p. 119.

¹⁹ OFSP (2023), Chiffres-clés des hôpitaux suisses 2021, disponible en ligne sur : <https://perma.cc/84GM-S7HL>; OFSP (2023), Statistique de l'assurance-maladie obligatoire, disponible en ligne sur : <https://perma.cc/DW2J-V87G>, p. 1.

²⁰ FMH (2023), Statistique médicale de la FMH 2022, disponible en ligne sur : <https://perma.cc/PJ5B-CRZU>.

²¹ Les spécialités suivantes ont été exclues : pathologie, radiologie, médecine du travail, médecine légale, médecine physique et rééducation, prévention et santé publique.

²² Les deux autres groupes d'employés les plus importants sont les assistants en pharmacie (42 %) et les apprentis (14 %).

²³ PharmaSuisse – Société Suisse des Pharmaciens (2021), Fakten und Zahlen, Schweizer Apotheken 2021, disponible en ligne sur : <https://perma.cc/LS2Z-MPZB>, p. 9, 15.

Groupe d'acteurs	Personnes concernées au sens large	Personnes concernées au sens strict
	Env. 500 drogueries ²⁴	
Aide et soins à domicile/soins infirmiers ²⁵	71 575 infirmiers à l'hôpital ²⁶ 59 176 employés au sein d'organisations d'ASD ²⁷ 67 286 (EPT) infirmiers dans des homes et des EMS ²⁸	
Fournisseurs de systèmes primaires	Env. 60 entreprises proposant des systèmes d'information hospitaliers, des systèmes d'information de cabinet, des systèmes d'information de pharmacie et/ou des systèmes d'information pour les drogueries ou les services d'ASD.	Env. 40 entreprises ²⁹
Assureurs	50 entreprises ³⁰	

4.3.1 Patients

Selon les experts interrogés, les patients bénéficient d'un renforcement du droit à un plan de médication : la modification de la loi améliore la sécurité des patients, donne un meilleur aperçu des médicaments à prendre et constitue la base d'une meilleure adhérence au traitement tout en réduisant les erreurs dans la prise de médicaments. D'un autre côté, les patients bénéficient de traitements de meilleure qualité, car les professionnels de la santé qui assurent le traitement sont mieux informés.

Plus le plan de médication est exhaustif, plus il est avantageux. Le patient contribue lui aussi à l'exhaustivité du plan de médication en informant ouvertement le professionnel de la santé de l'ensemble des médicaments qu'il prend. L'option avancée dans la nouvelle motion Stöckli

²⁴ Association suisse des droguistes (2021), La droguerie, Pourquoi la droguerie est nécessaire, disponible en ligne sur : <https://perma.cc/TR4B-FUQH>, p. 6, 17.

²⁵ Pour des chiffres détaillés par niveau de formation, voir Obsan (2021) Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021, disponible en ligne sur : <https://perma.cc/G6YV-TYM5>.

²⁶ OFSP (2023), Chiffres-clés des hôpitaux suisses 2021, disponible en ligne sur : <https://perma.cc/84GM-S7HL>, p. 9.

²⁷ Aide et soins à domicile Suisse (2022), Faits et chiffres, disponible en ligne sur : <https://perma.cc/JUC2-L5BR>.

²⁸ OFS (2022), Emplois et professions de la santé, disponible en ligne sur : <https://perma.cc/7SRW-QLY9>.

²⁹ Sont concernées les entreprises qui ne proposent pas encore de plan de médication conforme aux exigences du format d'échange « Medication Card document », soit 20 entreprises sur les 31 ayant répondu à l'enquête en ligne. Sauf distorsion systématique dans la probabilité de participation, environ 40 des 60 entreprises seraient donc concernées.

³⁰ OFSP (2023), Statistique de l'assurance-maladie obligatoire, disponible en ligne sur : <https://perma.cc/DW2J-V87G>, p. 32.

(cf. sous-chapitre 4.1.1), selon laquelle les patients pourraient limiter l'accès au plan de médication ou restreindre la visibilité de certains médicaments à des professionnels de la santé spécifiques rend plus difficile la réalisation de l'objectif d'exhaustivité du plan de médication. Lors des discussions techniques, l'option de ne pas révéler certains médicaments à certains professionnels de la santé a été critiquée (quatre mentions). Il convient d'informer les patients en matière de sécurité des données, car l'exhaustivité de celles-ci peut être déterminante, par exemple en situation d'urgence (deux mentions).

Par ailleurs, le plan de médication ne peut être avantageux pour les patients que si ces derniers sont en mesure de l'interpréter correctement. À cet égard, il est important que les données soient présentées de manière aussi intuitive que possible (trois mentions) et traitées d'une manière adaptée à leur destinataire (une seule mention). Les experts estiment également que la personne qui prescrit ou remet le médicament doit se charger de fournir des explications (cinq mentions). Selon un expert, si un plan de médication n'est pas compréhensible en l'absence d'explications, alors on ne pourrait pas parler d'une évolution utile.

Dans le cadre de l'étude Digital Trend Survey 2022 de la FMH, la population a été interrogée au sujet de sa connaissance des services numériques pour le suivi médical. La grande majorité de la population (80 %) n'est pas au courant de son droit à un plan de médication³¹.

4.3.2 Personnes relevant d'une profession médicale

Du côté des personnes relevant d'une profession médicale, le droit à un plan de médication a des répercussions sur les processus de travail actuels et les responsabilités. Pour elles, la charge de travail dépend du moment où le plan de médication doit être établi et actualisé, et de la personne qui accomplit ces tâches. Dans l'ensemble, la majorité des spécialistes interrogés supposent qu'un plan de médication s'accompagne d'une charge de travail accrue (sept mentions). Deux personnes s'attendent à un allègement de la charge de travail et deux personnes indiquent qu'une telle évaluation dépend de la mise en œuvre concrète.

Huit experts estiment que toutes les personnes relevant d'une profession médicale doivent assumer la responsabilité des médicaments qu'elles prescrivent. Quatre experts attribuent la responsabilité principale au médecin de famille, et trois des personnes interrogées considèrent qu'il est important, par principe, qu'une personne soit « aux commandes ». De l'avis des experts, la coopération entre les professionnels de la santé aura tendance à s'améliorer (avis sans réserve : quatre mentions ; en fonction de la mise en œuvre concrète : trois mentions ; aucune amélioration : deux mentions). L'exhaustivité du plan de médication et la définition d'un format standardisé sont deux conditions sine qua non en vue d'une amélioration. Parmi les arguments à l'encontre d'une amélioration, on relève qu'il est déjà possible aujourd'hui d'établir et d'actualiser un plan de médication. De plus, l'impact sur la prévention de la double médication ou d'erreurs de médication ainsi que sur la qualité des soins de santé serait limité, tandis qu'il n'y aurait aucune influence sur la collaboration.

³¹ FMH (2022), Digital Trends Survey 2022, disponible en ligne sur : <https://perma.cc/UN9N-Q9ZE>, p. 17.

Hôpitaux

Si l'utilisation d'un plan de médication permet de réduire les erreurs de médication, les hôpitaux pourraient alors enregistrer moins d'hospitalisations imputables à ces erreurs. Dans le cadre des efforts en faveur de la qualité, il conviendrait d'examiner la mise en œuvre de la nouvelle réglementation dans les processus actuels des hôpitaux. S'agissant de cette mise en œuvre, ces derniers devront peut-être assumer des frais d'investissement liés à la mise en place du plan de médication dans les systèmes d'information et les processus utilisés jusqu'à présent.

Médecins

Au titre de la nouvelle réglementation, les médecins devront potentiellement établir et actualiser davantage de plans de médication. Ces deux tâches demandent du temps. L'une des personnes interrogées estime que le temps nécessaire pour établir un premier plan de médication et réaliser l'anamnèse associée serait de 30 à 40 minutes. Cette durée conséquente peut être liée au fait que lors d'un premier contact, les questions et autres clarifications concernant la médication actuelle peuvent prendre un temps considérable (en particulier chez les patients plus âgés). L'actualisation du plan nécessiterait quelques minutes seulement (trois mentions).

Dans le secteur ambulatoire en particulier, les médecins de premier recours dépendent des rapports établis par des spécialistes ou des hôpitaux. Actuellement, on constate des retards dans l'échange de données dès lors que plusieurs professionnels de la santé collaborent, par exemple à la suite d'un séjour à l'hôpital. En cas de demandes de la part des patients auprès de leur médecin de famille, il manque à ce dernier une base d'informations. Un plan de médication permettrait au médecin de premier recours (médecin de famille) de disposer plus rapidement d'informations plus complètes sur la médication du patient. Dans le milieu stationnaire, les médecins profitent du fait que moins de clarifications sont nécessaires lorsque la médication complète d'un patient a été consignée dans un plan de médication standardisé.

Selon les experts interrogés, les investissements initiaux pour la mise en place de l'infrastructure numérique nécessaire seraient particulièrement élevés dans le secteur ambulatoire. Il est toutefois important de relever ici que certaines personnes exerçant une profession médicale dans le secteur ambulatoire ne disposent pas d'une infrastructure suffisamment numérisée et ne peuvent donc plus remplir certains devoirs professionnels. On peut ainsi noter, par exemple, qu'un quart des médecins travaillant dans le secteur ambulatoire gèrent encore le dossier médical de leurs patients sur papier³². Cependant, il existe aussi des médecins qui travaillent déjà avec un plan de médication : en 2022, 11 % des médecins du secteur ambulatoire proposaient déjà un plan de médication électronique (mais on ne sait pas clairement si l'établissement du plan de médication constitue la norme ou s'il n'est établi que dans certains cas)³³. Pour ces médecins, les investissements liés à la révision de la loi seront faibles ou nuls.

³² FMH (2022), Digital Trends Survey 2022, disponible en ligne sur : <https://perma.cc/UN9N-Q9ZE>, p. 38.

³³ FMH (2022), Digital Trends Survey 2022, disponible en ligne sur : <https://perma.cc/UN9N-Q9ZE>, p. 17.

Pharmaciens

Dans le cadre de leurs devoirs de diligence, les pharmaciens sont tenus aujourd'hui déjà de vérifier les éventuelles interactions médicamenteuses lorsqu'ils remettent des médicaments à un patient. Dans ce contexte, ils dépendent des informations que leur fournissent les patients. En règle générale, ils ne disposent que d'informations relatives aux médicaments que le patient a déjà achetés dans leur pharmacie. En conséquence, la révision de la loi peut permettre aux pharmacies de disposer de plans de médication plus complets et plus à jour.

Dans le cadre du droit des patients à un plan de médication, les pharmaciens auront également l'obligation d'être à même d'établir et d'actualiser ce plan. Étant donné que la plupart des systèmes d'information des pharmacies offrent déjà la possibilité de traiter un plan de médication (conforme aux exigences techniques définies), on peut supposer que les frais d'investissement seront faibles (cf. sous-chapitre 4.5).

Droguistes

Les drogueries interviennent dans le domaine de l'automédication, de la médecine complémentaire, de l'hygiène et des soins de beauté³⁴. L'impact de la révision de la loi sur les droguistes dépend des médicaments qui devront être listés dans le plan de médication et des exigences imposées aux personnes responsables. En conséquence, les tâches des droguistes peuvent être élargies de la simple utilisation des plans de médication existants en tant qu'outil d'information à l'établissement et à la mise à jour de tels plans. Dans ce domaine, il faut encore définir les responsabilités de chacun.

Par conséquent, différents défis se posent en matière de rémunération et lors de l'établissement du plan de médication. D'après l'un des experts interrogés, il faut tenir compte du fait que les drogueries ne peuvent pas facturer de prestations au titre de la LAMal et devraient donc assumer elles-mêmes les coûts éventuels, pour autant que ceux-ci ne puissent pas être indemnisés autrement. De plus, la saisie de mélanges individuels dans le plan de médication pourrait être compliquée par la standardisation des entrées (p. ex. accès à un catalogue).

Aide et soins à domicile/soins infirmiers

Le plan de médication fournit aux organisations d'ASD et au personnel soignant un meilleur aperçu de la médication d'un patient ainsi que davantage d'informations. Les experts ont indiqué lors des discussions techniques que pour le personnel soignant des services d'ASD, le plan de médication constitue dans le meilleur des cas un allègement de la charge de travail, car moins de clarifications individuelles sont ainsi nécessaires auprès des spécialistes prescripteurs. De nombreux services de soins en ambulatoire et unités de soins stationnaires ont déjà recours actuellement à un plan de médication pour la prise en charge de leurs patients (voir le sous-chapitre 4.3.3).

Lors des discussions techniques, il était question des compétences et des responsabilités dont devraient disposer les services d'ASD s'agissant du plan de médication. Cette question est fondée

³⁴ Association suisse des droguistes (2023), *Gesundheit als Anspruch und Beruf*, disponible en ligne sur : <https://perma.cc/4P2L-4AQ6>.

sur le fait que les services d'ASD jouent un rôle central dans les soins aux personnes âgées. Ils font en sorte d'avoir un aperçu de toutes les ordonnances et procèdent à des clarifications. Une étude montre, par exemple, que les services d'ASD n'ont souvent à leur disposition que des informations lacunaires concernant la médication d'une personne qui fait appel à eux pour la première fois après un séjour à l'hôpital³⁵. Cinq experts se disent, sur le principe, favorables à la proposition de transférer certaines compétences aux services d'ASD également. Il pourrait s'agir de l'accès au plan de médication (deux mentions) ou de la possibilité de commenter le plan de médication (quatre mentions). Les avis divergent quant à savoir si un plan de médication complet sans contrôle des interactions vaut mieux qu'un plan de médication potentiellement incomplet, mais pour lequel les interactions médicamenteuses ont été contrôlées. Un argument en défaveur de la transmission de compétences aux services d'ASD est le fait que la formation des professionnels concernés est moins complète et que ceux-ci peuvent donc ne pas être à même de contrôler les interactions, par exemple. Dans l'idéal, le spécialiste prescripteur devrait au préalable établir et actualiser le plan de médication afin que les services d'ASD n'aient ensuite qu'à le suivre.

Dans le cadre d'un projet pilote dans le canton de Vaud, une modification de la loi concernant la « pratique avancée » permet aux infirmiers titulaires d'un master (MSc) en soins infirmiers de prescrire certains médicaments. De telles nouvelles fonctions pour les infirmiers peuvent délester les médecins, et il conviendrait d'y être attentif lors de l'attribution des responsabilités liées au plan de médication³⁶.

4.3.3 Fournisseurs de systèmes primaires

Le droit des patients à un plan de médication numérique donne lieu au besoin, pour les personnes relevant d'une profession médicale, de disposer d'une solution logicielle capable d'établir, de lire, de modifier et d'exporter des plans de médication. Les fournisseurs de systèmes primaires sont donc fortement incités à proposer des fonctionnalités correspondantes.

Aujourd'hui déjà, la plupart des systèmes primaires sont à même d'établir, de lire, de modifier et d'exporter des plans de médication. L'illustration 1 montre que c'est le cas de deux tiers des systèmes d'information utilisés dans les hôpitaux ; pour les pharmacies et les cabinets médicaux, ce pourcentage est plus élevé encore. Seuls 6 % des fournisseurs de systèmes d'information de cabinet médical ne prévoient pas d'intégration des plans de médication à l'heure actuelle. Cette capacité d'intégration existe également déjà dans la majeure partie des services d'ASD et des EMS (voir Tableau 5 à l'annexe A).

En outre, les fournisseurs de systèmes primaires doivent respecter les normes et les formats d'échange prescrits (cf. sous-chapitre 4.5) de même que garantir l'existence d'interfaces pour l'interopérabilité. La garantie de la protection des données ainsi que la manière de communiquer

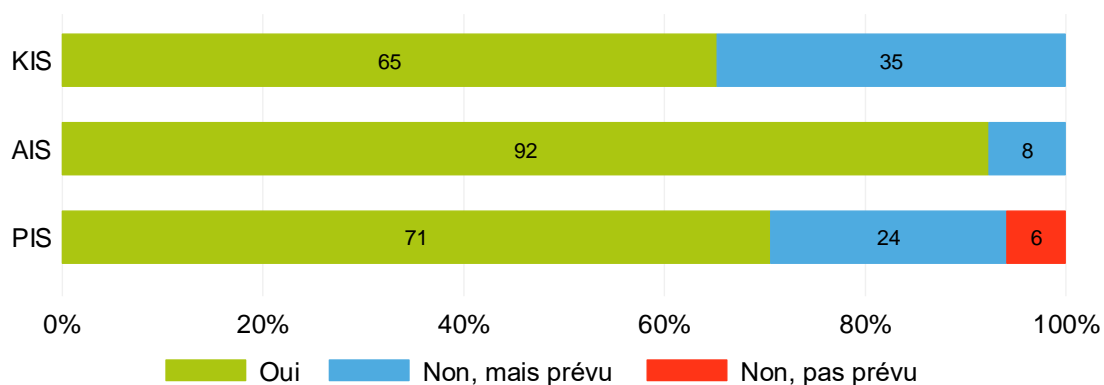
³⁵ Meyer-Masseti/Hofstetter/Hedinger-Grogg/Meier/Guglielmo (2018), Medication-related problems during transfer from hospital to home care: baseline data from Switzerland, in: Int J Clin Pharm 2018/40, disponible en ligne sur : <https://doi.org/10.1007/s11096-018-0728-3>.

³⁶ Pour plus d'informations concernant le profil professionnel des infirmiers aux compétences élargies, cf. Schlunegger/Aeschlimann/Zumstein-Shaha (2022), PRiMA – Advanced Practice Nurse in der Primärversorgung, Evaluation im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz, disponible en ligne sur : <https://perma.cc/BXG4-2Z9J> ; unimed suisse (2022), Document d'orientation unimed suisse sur le développement d'un profil professionnel d'« infirmier praticien/infirmière praticienne », disponible en ligne sur : <https://perma.cc/UTX3-UD8Y>.

à son sujet auprès des patients constituent des éléments importants dans le contexte du plan de médication et ont été abordés et traités lors de six discussions techniques.

Illustration 1 : Plan de médication déjà disponible dans le système d'information

Le produit que vous proposez aux établissements de santé peut-il déjà lire, modifier et exporter un plan de médication ?



Remarques : ont été interrogés les fournisseurs de systèmes d'information hospitaliers (KIS), les fournisseurs de systèmes d'information de pharmacie (AIS) et les fournisseurs de systèmes d'information de cabinet (PIS) pour les cabinets médicaux du secteur ambulatoire. Les réponses ont été pondérées suivant la part de marché du fournisseur. Pour les systèmes d'information de cabinet, la valeur représentée s'élève à 101 % en raison des écarts d'arrondi. Nombre de réponses : 7 systèmes d'information hospitaliers, 6 systèmes d'information de pharmacie et 14 systèmes d'information de cabinet. Source : enquête en ligne.

4.3.4 Assureurs

Les conséquences pour les assureurs dépendent en particulier du remboursement ou non de la charge supplémentaire, et de la forme éventuelle de ce remboursement³⁷. Six experts estimaient que la charge liée à l'établissement et l'actualisation du plan de médication devrait faire l'objet d'une rémunération supplémentaire. Selon eux, les investissements dans l'infrastructure (quatre mentions) et la « surcharge » des positions tarifaires existantes (deux mentions) justifient une adaptation de la rémunération. De plus, selon un argument, la création d'une nouvelle position tarifaire contribue à rendre « visibles » les étapes de travail supplémentaires requises pour établir et actualiser un plan de médication, ce qui améliore la transparence à l'égard des assureurs.

Si la motion est mise en œuvre de manière efficace et efficiente, elle ne débouchera pas nécessairement sur une augmentation des coûts pour les assureurs. Les coûts plus élevés liés à l'établissement et à l'actualisation du plan de médication sont contrebalancés par des économies futures, p. ex. moins d'hospitalisations imputables à des erreurs de médication³⁸.

³⁷ En évaluant la rémunération, il convient de noter que les drogueries ne peuvent pas facturer à la charge de l'AOS et devraient donc assumer elles-mêmes une grande partie des potentiels coûts supplémentaires si aucune autre rémunération n'est mise en place.

³⁸ Selon la Fondation Organisation suisse des patients, 20 000 hospitalisations par an sont causées par des erreurs de médication (voir Kunz, Medikamente: Wenn Pillen töten statt heilen, in : Luzerner Zeitung du 12 novembre 2015, disponible en ligne sur : <https://perma.cc/LS6D-3HBF>). Les auteurs de

4.3.5 Bilan de l'impact

Dans le Tableau 4, nous présentons de manière générale les conséquences précédemment discutées. Il s'agit en priorité des conséquences que la grande majorité des experts interrogés ont confirmées ou qui ne sont pas contestées pour d'autres raisons.

Pour cinq des experts interrogés, le principal avantage d'un plan de médication est une meilleure vue d'ensemble pour les patients ainsi qu'une collaboration améliorée entre les professionnels de la santé. En outre, il est possible de réduire les interactions, ce qui aide aussi ceux-ci (deux des personnes interrogées estimaient que la valeur ajoutée était uniquement au bénéfice des patients, trois estimaient qu'elle ne profitait qu'aux professionnels de la santé).

Tableau 4 : Aperçu des conséquences pour les groupes d'acteurs

Groupe d'acteurs	Conséquences
Fournisseurs de systèmes primaires (systèmes d'information hospitaliers, systèmes d'information de cabinet, systèmes d'information de pharmacie, etc.)	<ul style="list-style-type: none">- Mise en œuvre du plan de médication- Garantie de la mise en place d'une interface à des fins d'interopérabilité- Appui d'un format d'échange uniforme (p. ex. « <i>Medication Card document</i> »)- Garantie de la protection des données
Pharmaciens	<ul style="list-style-type: none">- Établissement et actualisation de plans de médication- Potentiellement, un meilleur aperçu de la médication d'un patient
Médecins	<ul style="list-style-type: none">- Établissement et actualisation de plans de médication- Potentiellement, meilleur aperçu de la médication d'un patient
Droguistes	<ul style="list-style-type: none">- Établissement et actualisation de plans de médication
Patients	<ul style="list-style-type: none">- Potentielle réduction du risque d'erreur de médication- Potentielle réduction du risque d'interactions indésirables entre des principes actifs- Meilleur aperçu et meilleures informations sur sa propre médication- Amélioration de l'adhérence au traitement
Hôpitaux	<ul style="list-style-type: none">- Surveillance des processus- Moins d'hospitalisations en raison d'un risque réduit d'erreur de médication
ASD/soins infirmiers ³⁹	<ul style="list-style-type: none">- Meilleur aperçu et meilleures informations concernant la médication d'un patient- Moins de clarifications et de demandes nécessaires auprès des médecins
Assureurs	<ul style="list-style-type: none">- Coûts supplémentaires en cas de prise en charge du coût de l'établissement et de l'actualisation des plans de médication

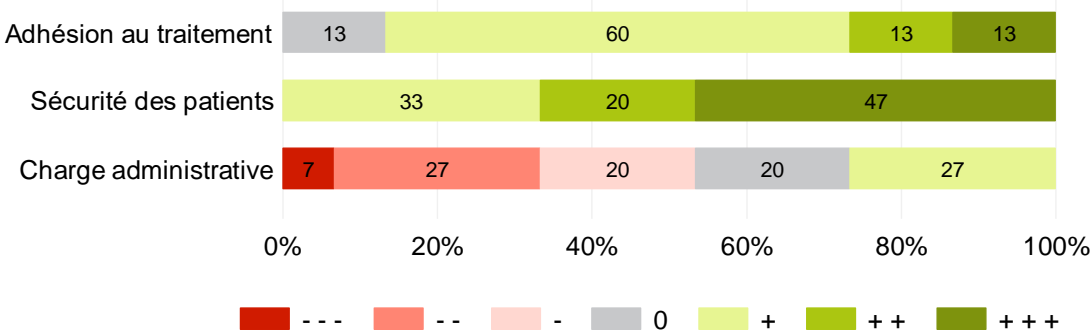
la présente étude ne connaissent pas les chiffres indiquant combien de ces hospitalisations sont dues à des interactions et sont donc directement concernées par le plan de médication.

³⁹ Pour des chiffres détaillés par niveau de formation, voir Obsan (2021) Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021, disponible en ligne sur : <https://perma.cc/G6YV-TYM5>.

Groupe d'acteurs	Conséquences
	- Potentielles économies de coûts en raison d'un risque inférieur d'erreur de médication

Il ressort clairement de l'évaluation globale (voir l'illustration 2) que la plupart des experts interrogés escomptent une amélioration de l'adhérence au traitement et de la sécurité des patients. Cependant, plus de la moitié des personnes interrogées pensent que la charge administrative augmentera.

Illustration 2 : Évaluation globale des groupes d'acteurs



Remarques : « +++ » représente une forte amélioration, « 0 » signifie qu'il n'y a eu aucun changement et « - - - » représente une forte dégradation. S'agissant de l'adhérence et de la charge administrative, la valeur représentée s'élève à 99 % ou 101 % en raison des écarts d'arrondi. Source : discussions techniques (N=15).

4.4 Conséquences pour l'économie dans son ensemble

La révision de la loi a des conséquences sur la numérisation du secteur de la santé. La mesure prévue impose en effet aux fournisseurs de logiciels primaires (sous-chapitre 4.3.1) et aux personnes relevant d'une profession médicale, en particulier celles travaillant dans le secteur ambulatoire (sous-chapitre 4.3.2), de se mettre en adéquation avec les normes numériques définies. Deux experts considèrent toutefois que les avancées en matière de numérique amorcées grâce à l'introduction du plan de médication sont aussi une chance. L'une des conséquences imprévues de cette pression en faveur de la numérisation est que certains des médecins n'ayant pas d'infrastructure numérisée prennent leur retraite plus tôt, ce qui aggrave la pénurie de main-d'œuvre. Trois experts jugent toutefois que l'introduction d'un plan de médication numérique sans que le DEP ne soit fonctionnel n'est ni pertinente ni viable.

Comme exposé dans le sous-chapitre 4.1.1, la polymédication s'accompagne de risques médicaux (liés en particulier aux interactions) dont les conséquences peuvent être très coûteuses pour le système de santé. La majorité des experts estiment qu'ancrer explicitement le droit à un plan de médication dans la loi permettra de réduire ces risques, et qu'il en résultera une baisse des frais médicaux. Plus la mise en œuvre du plan de médication sera large et contraignante, plus ses effets se feront sentir. Une médication plus durable doit également contribuer à réduire les coûts (trois mentions). En effet, au moyen du plan de médication, il sera possible de prescrire des médicaments de façon plus éclairée, de remettre ainsi moins de médicaments et donc d'améliorer

la qualité des traitements et d'économiser des coûts. Une personne a expliqué qu'un problème se pose alors en particulier pour les médicaments pris sur une longue durée, car leur nécessité est trop rarement examinée. Suivant les différents experts, les erreurs de médication qui contribuent à une économie de coûts (trois mentions) peuvent être réduites de 10 à 50 % grâce à la mise en œuvre d'un plan de médication.

Lors des discussions techniques, il a été mentionné plusieurs fois que la collaboration et le flux d'informations entre les professionnels de la santé constituent souvent un défi. Le plan de médication est justement un instrument adéquat pour ces interfaces (sept mentions). Cependant, son potentiel dépend de la mise en œuvre technique⁴⁰. Sept experts pensent que la révision envisagée de la LPTh ne permet pas une mise en œuvre optimale à l'heure actuelle, et que cette mesure entraînera par conséquent une charge de travail supplémentaire.

Pour l'économie dans son ensemble, le plan de médication entraîne des coûts liés à l'infrastructure et à la numérisation. Des économies sont toutefois possibles, notamment grâce à une meilleure adhérence au traitement des patients, à une réduction des erreurs de médication et à la remise moins fréquente de médicaments. Dans le bilan global, quatre experts considèrent la mise en œuvre numérique comme un facteur déterminant de l'augmentation ou de la baisse éventuelles des coûts pour l'économie dans son ensemble. Les conséquences indésirables ainsi que d'autres défis (cf. également sous-chapitre 4.5) revêtent, pour certains, un caractère non financier et sont donc difficiles à prendre en considération dans le cadre de cette étude.

4.5 Aspects pratiques de l'exécution

Une structure juridique claire, des délais de transition suffisamment longs, des documents d'information et l'intégration des solutions techniques existantes seront déterminants pour permettre une mise en œuvre simple et efficace du projet.

Format d'échange standardisé

L'utilisation de normes telles que « *Medication Card document* » est sur le principe adéquate pour faciliter la mise en œuvre⁴¹. L'ensemble des fournisseurs de systèmes d'information hospitaliers, de systèmes d'information d'ASD et de systèmes d'information d'EMS sont conscients qu'il existe des formats d'échange définis et contraignants pour le DEP visant à promouvoir l'interopérabilité. Parmi les fournisseurs de systèmes d'information de pharmacie et de cabinet médical, 90 % en sont conscients.

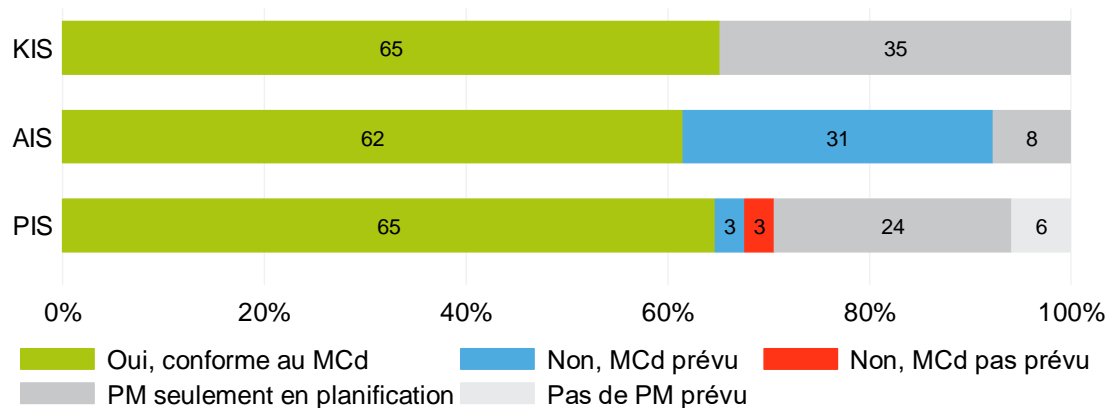
⁴⁰ Ce constat coïncide avec l'étude de cas de Bugnon et al. (2021) relative à un projet pilote en Suisse. Il y est établi que l'intégration d'un plan de médication dans les systèmes d'information et les processus existants est un facteur décisif. Bugnon/Geissbuhler/Bischoff/Bonnabry/von Plessen (2021), Improving primary care medication processes by using shared electronic medication plans in Switzerland: lessons learned from a participatory action research study, in: JMIR Form Res 2021/5(1:e22319), disponible en ligne sur : <https://doi.org/10.2196/22319>.

⁴¹ Dès le 1^{er} juin 2023, l'annexe 4 de l'ODEP-DFI révisée établira le premier format d'échange de la cybermédication, qui permet d'enregistrer dans le DEP des données de médication pour un plan de médication conforme à des prescriptions nationales uniformes dans un format structuré défini (« *Medication Card document* »). Le format d'échange de l'eMediplan correspond à cette norme.

La plupart des systèmes d'information hospitaliers, des systèmes d'information de pharmacie et des systèmes d'information de cabinet intégrant un plan de médication remplissent déjà les exigences relatives au format d'échange « Medication Card document » (cf. Illustration 3). Pour la plupart des autres fournisseurs de systèmes d'information hospitaliers et de systèmes d'information de cabinet, l'intégration du plan de médication est en cours de préparation. La majorité des autres fournisseurs de systèmes d'information de pharmacie disposent déjà d'un plan de médication, qui ne correspond pas aux exigences du format « Medication Card document », mais dont l'adaptation est planifiée. Ces chiffres correspondent aux résultats de l'enquête menée par la Haute école spécialisée bernoise.⁴²

Illustration 3 : Respect des exigences du format « Medication Card document »

« Votre produit (le plan de médication – PM) remplit-il déjà les exigences du format d'échange « Medication Card document » (MCd) ? »



Remarques : ont été interrogés les fournisseurs de systèmes d'information hospitaliers, les fournisseurs de systèmes d'information de pharmacie et les fournisseurs de systèmes d'information de cabinet pour les cabinets médicaux du secteur ambulatoire. Les réponses ont été pondérées suivant la part de marché du fournisseur. Pour les systèmes d'information de pharmacie et les systèmes d'information de cabinet, la valeur représentée s'élève à 101 % en raison des écarts d'arrondi. Nombre de réponses : 7 systèmes d'information hospitaliers, 6 systèmes d'information de pharmacie et 14 systèmes d'information de cabinet. Source : enquête en ligne.

Les fournisseurs de systèmes d'information d'EMS ayant intégré un plan de médication remplissent déjà les exigences du format « Medication Card document ». Parmi les fournisseurs de systèmes d'information d'ASD, un fournisseur ne remplit pas les exigences et ne prévoit pas non plus de le faire (cf. Tableau 6 à l'annexe A).

Étendue du plan de médication

La majorité des experts interrogés plaident pour que tous les médicaments sans exception (catégories A, B, D et E) figurent dans le plan de médication (six mentions). Deux personnes accepteraient qu'il soit fait exception des catégories D et E. Deux autres personnes estiment qu'il

⁴² Ilosvay/Ressnig/Valeri/Wälti (2021), FHIR® in der Schweiz, disponible en ligne sur : <https://perma.cc/F5PG-M8QF>.

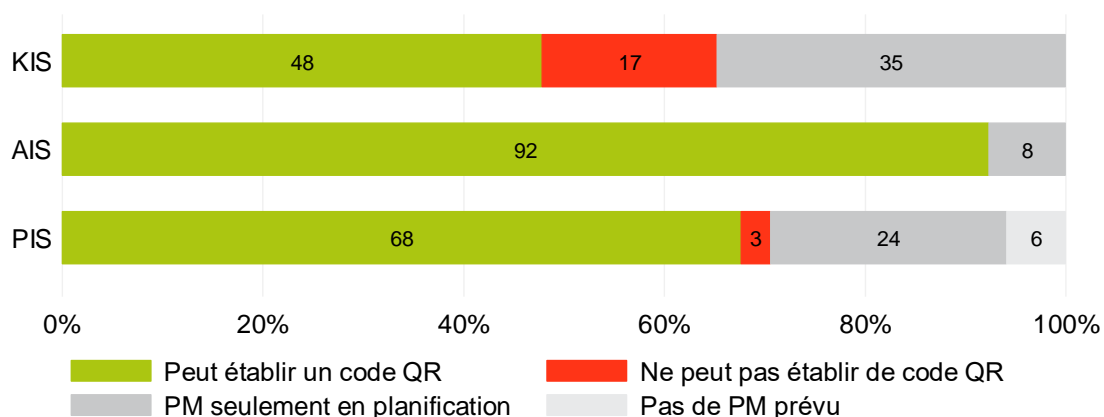
est pertinent que l'obligation de consigner un médicament dans le plan dépende de la fréquence à laquelle ce médicament est pris.

Modes de transmission

Dès lors que des patients et/ou des médecins n'ont pas accès à l'infrastructure du DEP, la question du mode de transmission approprié se pose. Six des experts interrogés peuvent concevoir que le plan de médication soit remis aux patients sur papier, mais le plan de médication imprimé doit alors comporter un code QR afin qu'un autre professionnel de la santé puisse par la suite le lire à nouveau sous forme électronique. Il est toutefois important de relever ici qu'il n'est pas possible de vérifier l'actualité du plan de médication dans de telles circonstances. Avec la plupart des systèmes d'information qui intègrent déjà un plan de médication, il est possible d'établir un code QR associé à un plan de médication (cf. Illustration 4).

Illustration 4 : Diffusion du code QR

Est-il possible, au moyen de votre produit, d'établir un code QR associé à un plan de médication (PM) et de le lire au moyen d'appareils externes (p. ex. un smartphone ou un lecteur de codes-barres) ?



Remarques : ont été interrogés les fournisseurs de systèmes d'information hospitaliers (KIS), les fournisseurs de systèmes d'information de pharmacie (AIS) et les fournisseurs de systèmes d'information de cabinet (PIS) pour les cabinets médicaux du secteur ambulatoire. Les réponses ont été pondérées suivant la part de marché du fournisseur. Pour les systèmes d'information de cabinet, la valeur représentée s'élève à 101 % en raison des écarts d'arrondi. Nombre de réponses : 7 systèmes d'information hospitaliers, 6 systèmes d'information de pharmacie et 14 systèmes d'information de cabinet. *Source :* enquête en ligne.

Parmi les fournisseurs de systèmes d'information pour les services d'ASD ayant répondu à l'enquête en ligne et intégré un plan de médication, quatre fournisseurs relativement petits sont en mesure d'établir un code QR, tandis que le fournisseur ayant la plus grande part de marché ne peut pas encore le faire. Chez les fournisseurs de systèmes d'information pour les EMS, les réponses varient (cf. Tableau 7 à l'annexe A).

On a demandé aux fournisseurs de systèmes d'information d'évaluer le caractère pratique du code QR en tant qu'interface entre le format numérique et le format papier. 17 fournisseurs estiment que le code QR est une bonne solution, les 14 autres indiquent que le caractère pratique dépend des spécifications techniques et ne peut être évalué sans informations plus précises.

Autres modes de transmission possibles : trois personnes se sont exprimées en faveur d'une sauvegarde du plan de médication sur la carte d'assuré avec une protection par code PIN, et une personne a évoqué une transmission au moyen de Health Info Net (HIN). De manière générale, une majorité des personnes interrogées estiment qu'il doit être possible de transmettre le plan de médication même sans raccordement au DEP (7 oui, 3 non).

Autres défis

Lors de deux discussions techniques, il a été question des modalités des nouvelles tâches en matière de surveillance par les autorités : pour les personnes relevant d'une profession médicale, la mise en œuvre du plan de médication doit être liée à l'autorisation, et il convient de définir des sanctions correspondantes. Le contrôle de la mise en œuvre pourrait être réalisé au moyen d'inspections auprès des pharmacies, avec un léger surcroît de travail. En outre, le format « *Medication Card document* » constitue déjà une première étape vers des normes uniformes qui, selon un autre expert, doivent être prescrites par les autorités.

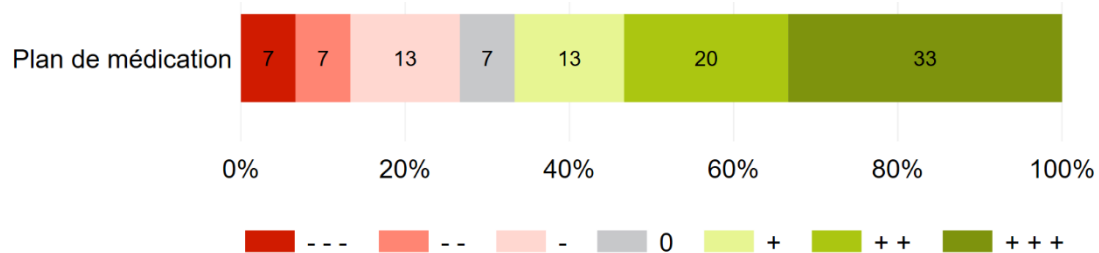
En outre, les points suivants ont été soulevés lors des discussions techniques :

- Il ne faut pas que le plan de médication donne lieu au développement d'une structure parallèle à celle du DEP. Il convient de rester attentif à la mise en œuvre du DEP lors de l'introduction du plan de médication.
- Le plan de médication peut accentuer le risque de confusion entre une ordonnance et un plan de médication.
- Il existe un risque que le caractère facultatif envisagé donne lieu à l'établissement de moins de plans de médication, en conséquence de quoi on n'observerait pas de changement dans la pratique par rapport au statu quo.

5. Bilan

La polymédication est particulièrement répandue chez les personnes âgées. Ancrer explicitement le droit à un plan de médication dans la loi doit permettre d'améliorer la sécurité des patients pour les personnes concernées. Lors des discussions techniques, il a été reconnu de manière unanime que le droit à un plan de médication contribue effectivement à renforcer la sécurité des patients. Les principales critiques portaient sur la charge administrative liée à la révision de la loi correspondante. Compte tenu de tous les aspects abordés, 66 % des experts ont estimé que l'ancrage explicite du droit à un plan de médication dans la loi constituait une amélioration par rapport au statu quo (cf. illustration 5). Cependant, il a été souligné à plusieurs reprises que les effets de cette mesure dépendraient fortement de sa mise en œuvre concrète et du niveau de numérisation des professionnels de la santé concernés.

Illustration 5 : Évaluation globale du plan de médication



Remarques : « +++ » représente une forte amélioration, « 0 » signifie qu'il n'y a eu aucun changement et « - - - » représente une forte dégradation. *Source* : discussions techniques (N=15).

A. Autres analyses

A.1 Systèmes d'information des organisations d'ASD et des EMS

Tableau 5 : Plan de médication déjà intégré dans le système d'information, ASD et EMS

Fournisseur	Oui	En cours de planification	Non planifié
ASD (part de marché ≤ 20 %)	4	0	1
ASD (part de marché > 20 %)	1	0	1
EMS (part de marché ≤ 20 %)	1	1	1
EMS (part de marché > 20 %)	3	0	0

Tableau 6 : Plan de médication conforme aux exigences du format « Medication Card document », ASD et EMS

Fournisseur	Oui	En cours de planification	Non planifié	Pas encore de plan de médication
ASD (part de marché ≤ 20 %)	3	0	1	1
ASD (part de marché > 20 %)	1	0	0	1
EMS (part de marché ≤ 20 %)	1	0	0	2
EMS (part de marché > 20 %)	3	0	0	0

Tableau 7 : Diffusion du code QR, ASD et EMS

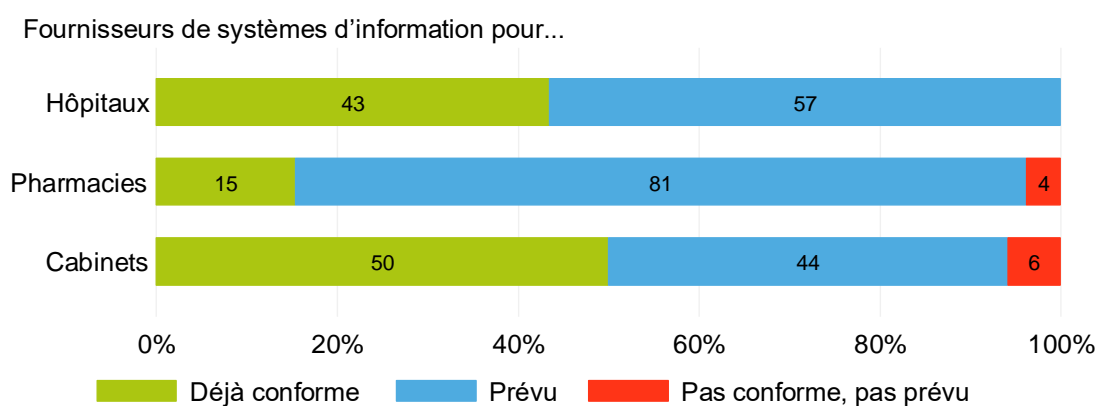
Fournisseur	Peut établir un code QR	Ne peut pas établir de code QR
ASD (part de marché ≤ 20 %)	4	0
ASD (part de marché > 20 %)	0	1
EMS (part de marché ≤ 20 %)	1	0
EMS (part de marché > 20 %)	2	1

A.2 Norme HL7 FHIR

Le format d'échange « *Medication Card document* » est fondé sur ce qu'on appelle la norme HL7 FHIR. Près de la moitié des systèmes d'information hospitaliers et des systèmes d'information de cabinet l'utilisent non seulement pour le plan de médication, mais aussi de manière générale pour les données structurées suivant le format technique FHIR (cf. Illustration 6). Du côté des pharmacies cependant, la plupart des systèmes d'information n'utilisent pas encore la norme HL7 FHIR de manière généralisée, mais prévoient de le faire.

Illustration 6 : Diffusion de la norme HL7 FHIR

Le format d'échange « *Medication Card document* » est fondé sur ce qu'on appelle la norme HL7 FHIR. Votre produit utilise-t-il de manière générale des données structurées suivant le format technique FHIR ?



Remarques : Les réponses ont été pondérées suivant la part de marché du fournisseur. Nombre de réponses : 7 systèmes d'information hospitaliers, 6 systèmes d'information de pharmacie et 14 systèmes d'information de cabinet. Source : enquête en ligne.

S'agissant des systèmes d'information d'ASD et d'EMS, la norme HL7 FHIR est encore moins répandue, environ la moitié des entreprises interrogées y sont conformes (cf. Tableau 3).

Tableau 8 : Conformité à la norme HL7 FHIR, ASD et EMS

Fournisseur	Oui	En cours de planification	Non planifié
ASD (part de marché ≤ 20 %)	2	0	3
ASD (part de marché > 20 %)	2	0	0
EMS (part de marché ≤ 20 %)	1	1	1
EMS (part de marché > 20 %)	2	0	1

B. Aperçu des discussions techniques

Tableau 9 : Aperçu des discussions techniques

Groupe d'acteurs	Association/institution représentée	Expert	Fonction
Pharmaciens	Association des pharmaciens cantonaux	D ^r Stephan Luterbacher	Membre du comité directeur, pharmacien cantonal du canton de Lucerne
	Association des pharmaciens cantonaux	Marie-Christine Grouzmann	Membre du comité directeur, pharmacienne cantonale du canton de Vaud
	pharmaSuisse	D ^r Ulrich Schaefer	Membre du comité
	SSPAH, Société suisse des pharmaciens d'administration et des hôpitaux	D ^{re} Monika Lutters	Membre du comité, secteur Systèmes d'information ; pharmacienne-chef de l'hôpital cantonal d'Aarau
Médecins	FMH, Fédération des médecins suisses	D ^{re} Yvonne Gilli	Présidente, responsable Politique et communication
	IG eMediplan	Prof. Sven Streit	Co-président, médecin de famille, BIHAM de l'Université de Berne
	pédiatrie suisse	D ^r Philipp Jenny	Président ; pédiatre en cabinet médical
	mfe – association qui défend les intérêts politiques des médecins de famille et de l'enfance	D ^r Michael Bagattini	Membre du comité ; commission Informatics & eHealth
Droguistes	Association suisse des droguistes	Andrea Ullius	Membre de la direction, responsable Politique & Branche
Patients	Fondation Sécurité des patients Suisse	D ^{re} Annemarie Fridrich	Directrice
Hôpitaux	Médecine Universitaire Suisse	D ^{re} Sabine Thomas	Secrétaire générale suppléante ;

Groupe d'acteurs	Association/institution représentée	Expert	Fonction
			collaboratrice scientifique
ASD/soins infirmiers	SBK ASI – Association suisse des infirmières et infirmiers	Maria Rosa Joller	Financement et systèmes
	ASD, Aide et soins à domicile Suisse	Esther Bättig	Collaboratrice scientifique Bases et développement, dossiers Qualité des soins et processus
Assureurs	curafutura	D ^r Andreas Schiesser	Chef de projet Pharma et médicaments
	santésuisse	Marianne Eggenberger Furer ; Patrick Walter	Responsable de projet Médicaments/HTA ; responsable de projet Médicaments

C. Questionnaires

C.1 Questionnaire pour l'enquête en ligne

Plan de médication

Contexte : il est prévu que les patients aient désormais le droit d'obtenir un plan de médication électronique ou imprimé dès lors qu'ils prennent simultanément au moins trois médicaments (mise en œuvre de la motion Stöckli 18.3512). Les plans de médication doivent être établis et gérés sous forme électronique dans les systèmes informatiques (systèmes primaires) des établissements de santé. Le plan de médication peut être transmis au patient par voie électronique ou sur papier.

Question 1 : Le produit que vous proposez aux établissements de santé peut-il aujourd'hui déjà lire, modifier et exporter un plan de médication ?

- Oui.
- Non, mais c'est en cours de planification.
- Non, et ce n'est pas prévu pour le moment.

Question 2 : L'entrée en vigueur le 1^{er} juin 2023 de l'édition 2, annexe 4, de l'ODEP-DFI introduira le premier format d'échange de la cybermédication, qui permet d'enregistrer dans le dossier électronique du patient (DEP) des données de médication pour un plan de médication conforme à des prescriptions nationales uniformes dans un format structuré défini (*Medication Card document*).

Êtes-vous au courant que des formats d'échange contraignants ont été définis pour le DEP afin de promouvoir l'interopérabilité ?

Remarque complémentaire : le format d'échange de l'eMediplan est conforme à la norme « Medication Card document ».

- Oui
- Non

Question 3 : Votre produit remplit-il déjà les exigences de ce format d'échange (*Medication Card document*) ?

Remarque complémentaire : si vous avez mis en œuvre le format d'échange d'eMediplan, vous respectez automatiquement la norme « Medication card document ».

- Oui, notre produit remplit déjà ces exigences.
- Non, mais la mise en adéquation de notre produit avec ces exigences est en cours de planification/développement.
- Non, et ce n'est pas prévu.

Question 4 : Le format d'échange « *Medication Card document* » est fondé sur ce qu'on appelle la norme HL7 FHIR. Votre produit utilise-il de manière générale des données structurées suivant le format technique FHIR ?

- Oui.
- Non, mais c'est en cours de planification.
- Non, et ce n'est pas prévu.

Question 5 : Afin qu'il existe une interface entre les formats numérique et papier, la motion demande que la mise en œuvre s'appuie sur un **code QR**. Votre produit permet-il d'établir un code QR pour un plan de médication afin que ce dernier puisse être lu au moyen d'appareils externes (p. ex. un smartphone ou un lecteur de codes-barres) ?

- Oui
- Non

Question 6 : Comment évaluez-vous le caractère pratique de cette solution fondée sur un code QR ?

- Je pense que c'est une bonne solution pour cette interface.
- Je pense que ce n'est **pas** une bonne solution pour cette interface.
- Le caractère pratique de cette solution dépend des spécifications techniques et ne peut pas être évalué sans des informations plus précises.

Question 7 : Selon vous, quelle serait la principale difficulté lors de l'intégration d'un plan de médication *interopérable* dans votre produit ?

- Nous ne voyons aucune difficulté.
- Le format uniforme (électronique, papier) du plan de médication
- La transmission
- Le format d'échange standardisé du plan de médication
- Le manque de sécurité juridique concernant les normes
- La protection des données personnalisées
- L'organisation du stockage des données (centralisé/décentralisé)
- Les autorisations (qui a accès aux données ?)
- L'authentification (comment accède-t-on aux données ?)
- Le manque d'incitations financières
- La demande trop faible sur le marché
- Autre : _____

Question 8 : Comment évaluez-vous les frais d'investissement nécessaires pour que votre solution logicielle puisse lire, modifier et exporter un plan de médication ?

Question 9 : Comment évoluera le prix de votre produit avec le développement d'un plan de médication ?

- Son prix augmentera.
- Son prix restera constant.
- Son prix diminuera.
- Je ne sais pas.

Question 10 : Y a-t-il des obstacles supplémentaires au développement, à la mise en œuvre et à la transmission d'un plan de médication dans votre solution logicielle ?

À propos de vous

Question 1 : Dans quel domaine travaillez-vous ?

- Systèmes d'information pour les hôpitaux
- Systèmes d'information pour les pharmacies
- Systèmes d'information pour les cabinets médicaux
- Systèmes d'information pour les organisations d'aide et de soins à domicile (ASD)
- Systèmes d'information pour les drogueries
- Systèmes d'information pour les établissements médico-sociaux (EMS)
- Autre : _____

Question 2 : Comment évaluez-vous votre part de marché dans les domaines indiqués ?

	0– 10 %	11– 20 %	21– 30 %	31– 40 %	41– 50 %	51– 60 %	61– 70 %	71– 80 %	81– 90 %	91– 100 %
Systèmes d'information hospitaliers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Systèmes d'information de pharmacie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Systèmes d'information de cabinet médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Systèmes d'information d'ASD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Systèmes d'information de droguerie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Systèmes d'information d'EMS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question 3 : Avez-vous d'autres remarques ?

C.2 Guide des discussions techniques

1. Amorce

Question 1 : Mise en contexte : dans quelle mesure y a-t-il des problèmes liés aux patients faisant l'objet d'une polymédication à l'heure actuelle ? Quelles sont les situations typiques ? À quelle fréquence cette problématique se pose-t-elle ?

Question 2 : Dans quelle mesure le plan de médication est-il approprié pour remédier à ces problèmes ?

Question 3 : À quelle fréquence les plans de médication sont-ils demandés et établis à l'heure actuelle ?

Question 4 : Quels sont les obstacles actuels lors de l'établissement / de la transmission / de l'utilisation de plans de médication ?

Question 5 : Aujourd'hui déjà, les médecins et les pharmaciens ont l'obligation de procéder à une anamnèse de la médication lorsqu'ils prescrivent / remettent un médicament.

- Comment les professionnels de la santé réagissent-ils lorsqu'ils souhaitent prescrire / remettre un médicament qui interagit avec un autre médicament pris par le patient ?
- Dans quelle mesure le plan de médication modifierait-il la collaboration entre les différents professionnels de la santé ?

2. Rôles et responsabilités

Question 6 : Une option serait d'établir le plan de médication non pas au moment de la prescription, mais seulement au moment de la remise. Dans les cantons qui n'autorisent pas la propharmacie, cette option aurait des conséquences pour les pharmacies. Elle présente différents avantages (notamment un allègement de la charge des médecins et un élargissement des compétences des pharmaciens, qui sont au demeurant les spécialistes en matière de médicaments). Dans quelle mesure seriez-vous favorable à cette idée ? Quels inconvénients voyez-vous ?

Question 7 : Qui doit être responsable de l'exhaustivité et de l'actualisation du plan de médication ? S'agissant des cantons autorisant la propharmacie : un ophtalmologiste a-t-il le droit de modifier les informations relatives à un médicament prescrit par le médecin de famille, si par exemple un patient indique qu'il ne prend plus ce médicament (cessation prématurée de la prise à l'initiative de la patiente elle-même) ?

Question 8 : La polymédication concerne majoritairement les personnes âgées. Seriez-vous favorable à ce que les organisations d'ASD soient elles aussi chargées de mettre à jour le plan de médication ?

3. Différences entre les deux motions Stöckli

La motion 18.3512 du conseiller aux États Stöckli, déjà adoptée, demande que les patients qui doivent prendre simultanément *plus de trois* médicaments aient le droit d'obtenir un plan de médication. À l'heure actuelle, le Parlement traite déjà un durcissement de cette demande, à savoir la « nouvelle » motion Stöckli 21.3294 : celle-ci réclame que les professionnels de la santé aient *l'obligation* d'établir un plan de médication. En outre, *l'ensemble* de la médication doit figurer dans ce plan ; la restriction aux patients qui prennent *au moins trois* médicaments est donc supprimée. Il est également prévu d'exiger, dans la loi ou par voie d'ordonnance, que soit réalisée et documentée une vérification de la médication lors de la remise ou de l'utilisation de médicaments associés à des risques ou à des effets indésirables potentiels.

Question 9 : Quel est votre avis concernant le durcissement de la réglementation introduisant une *obligation* (à la place du droit des patients) ?

- Rapport coût-avantages en matière de sécurité des patients ?
- Charge de travail pour le médecin/le pharmacien ?
- Comment procéder, en matière de réglementation, si un patient indique explicitement qu'il ne souhaite pas obtenir de plan de médication (ou ne souhaite pas que le plan de médication soit mis à jour avec des informations sur un certain médicament) **pour des raisons de protection des données** ?
- Autres avantages / inconvénients ?

Question 10 : Quel est votre avis concernant le durcissement de la réglementation introduisant l'obligation d'établir un plan de médication dès la prise d'*un seul* médicament (au lieu de trois) ?

Question 11 : Quel est votre avis concernant le durcissement de la réglementation introduisant l'obligation de procéder à une *vérification de la médication* lors de la remise ou de l'utilisation de médicaments ? Cela modifie-t-il la pratique d'une quelconque manière ?

4. Exceptions

Question 12 : Des exceptions devraient-elles s'appliquer pour certains médicaments afin qu'ils n'aient pas à figurer dans le plan de médication ? Par exemple par catégorie de médicament ?

Remarque : la motion Stöckli 18.3512 mentionne uniquement les « médicaments à action systémique, tandis que la motion Stöckli 21.3294 vise les « médicaments des catégories de remise A à D qui présentent des risques ou ont des effets indésirables ».

5. Réglementation dans la LDEP

Question 13 : Une autre possibilité serait de réglementer le plan de médication dans le cadre de la LDEP. Selon vous, quels sont les avantages et les inconvénients de cette option ?

6. Transmission

Question 14 : Quels sont les modes de transmission les plus adaptés dans les cas suivants ?

- Le patient a un DEP et le médecin est raccordé au DEP (même si le plan de médication n'est pas réglementé dans la LDEP, mais dans la LPTh, il serait possible d'utiliser le DEP pour transmettre le plan de médication).
- Le patient a un DEP, mais le médecin n'est pas raccordé au DEP.
- Le médecin est raccordé au DEP, mais le patient n'en a pas.
- Aucun des deux acteurs n'utilise le DEP.

7. Rôle des patients

Question 15 : Selon vous, le principal avantage du plan de médication est-il la réduction des interactions médicamenteuses ou un meilleur aperçu, pour le patient, de tous les médicaments à prendre ?

Question 16 : Une étude montre que les plans de médication sont difficiles à comprendre pour les patients. Des mesures sont-elles nécessaires pour expliquer le plan de médication au patient ? Qui pourrait s'en charger ?

Question 17 : Le plan de médication constitue-t-il, sur le principe, un allègement ou une hausse de la charge de travail ?

8. Coûts et rémunération

Question 18 : Nous aimerions évaluer si le plan de médication donne lieu à une augmentation de la charge des professionnels de la santé.

- En quoi la charge de travail change-t-elle par patient / en moyenne ?
- Combien de personnes au total seraient concernées par un plan de médication ?
- Combien de personnes disposent déjà d'un plan de médication à l'heure actuelle ?

Comment la charge de travail supplémentaire des acteurs concernés devrait-elle être rémunérée ? À votre avis, de nouvelles positions tarifaires sont-elles nécessaires ?

Question 19 : Quelles incidences financières escomptez-vous pour le système de santé suisse ? (Coûts de la nouvelle obligation par rapport aux économies réalisées grâce à la réduction des erreurs de médication.)

Peut-on estimer le pourcentage de patients pour lesquels le plan de médication permettra d'éviter les erreurs de médication ?

9. Question spécifique à une partie prenante (question 20)

IG eMediplan : Avez-vous connaissance d'autres expériences comparables à l'étranger ?

FMH / pharmaSuisse : Avez-vous une liste de fournisseurs de logiciels primaires (où figurent idéalement des personnes de contact) que nous pourrions interroger dans le cadre d'une brève enquête en ligne ?

10. Conclusion

Question 21 : Compte tenu de tous les aspects évoqués, comment évaluez-vous l'impact du plan de médication au regard des dimensions suivantes ?

Échelle : +++ (forte amélioration), ++, +, 0, -, --, --- (forte dégradation)

- Adhérence au traitement de la part des patients
- Sécurité des patients
- Charge administrative du personnel de santé
- Attractivité de la profession de pharmacien (si les pharmacies étaient responsables du plan de médication)

Question 22 : Selon vous, y a-t-il des conséquences potentielles que nous n'aurions pas encore abordées ?

Question 23 : Compte tenu de tous les aspects évoqués, comment évaluez-vous la modification proposée par rapport au statu quo ?

Échelle : +++ (forte amélioration), ++, +, 0, -, --, --- (forte dégradation)

