



HAL
open science

Évaluation de la perception des patients de médecine générale vis-à-vis de la numérisation des prescriptions médicamenteuses via une enquête qualitative

Stéphane Caggiano

► **To cite this version:**

Stéphane Caggiano. Évaluation de la perception des patients de médecine générale vis-à-vis de la numérisation des prescriptions médicamenteuses via une enquête qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02381342

HAL Id: dumas-02381342

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02381342>

Submitted on 26 Nov 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

Faculté de Médecine de Nice

Thèse

Présentée pour le diplôme de

Docteur en Médecine

Diplôme d'Etat

Evaluation de la perception des patients de médecine générale vis-à-vis de la numérisation des prescriptions médicamenteuses via une enquête qualitative.

Thèse présentée et soutenue publiquement le

19 Septembre 2019 à Nice

Par Stéphane CAGGIANO

Né le 26 Juin 1988 à CANNES (06400)

Composition du jury :

Président du Jury : Monsieur le Professeur Pascal STACCINI

Membres : Monsieur le Professeur David DARMON

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Directeur de thèse : Madame le Docteur Marie-Fleur ALQUIER

Liste des enseignants au 1er mars 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

**Pédagogie
Recherche
Etudiants**

**Pr. ALUNNI Véronique
Pr. DELLAMONICA Jean
M. JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er mars 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIÉL Jean	Urologie (52.04)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIÉLS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er mars 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des enseignants au 1er mars 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er mars 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er mars 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)
M. ILIE Marius Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme HURST Samia Thérapeutique (48.04)
M. PAPA Michel Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M BALDIN Jean-Luc Médecine Générale (53.03)
Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er mars 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GILLET Jean-Yves
M. BALAS Daniel	M. GRELLIER Patrick
M. BATT Michel	M. GRIMAUD Dominique
M. BLAIVE Bruno	M. HARTER Michel
M. BOQUET Patrice	M. JOURDAN Jacques
M. BOURGEON André	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAZDUNSKI Michel
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LEFEBVRE Jean-Claude
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CAMOUS Jean-Pierre	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CANIVET Bertrand	M. LOUBIERE Robert
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DESNUELLE Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. DOLISI Claude	M. TOUBOL Jacques
M. FRANCO Alain	M. TRAN Dinh Khiem
M. FREYCHET Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	Mme MEMRAN Nadine
Mme DONZEAU Michèle	M. MENGUAL Raymond
M. EMILIOZZI Roméo	M. PHILIP Patrick
M. FRANKEN Philippe	M. POIRÉE Jean-Claude
M. GASTAUD Marcel	Mme ROURE Marie-Claire

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury :

Monsieur le Professeur Pascal STACCINI, c'est un grand honneur pour moi que vous ayez accepté la présidence de cette thèse, veuillez trouver l'expression de ma sincère reconnaissance. Je vous remercie pour votre disponibilité et l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Professeur David DARMON, merci pour votre participation à ce jury de thèse, je vous prie de recevoir mes remerciements.

Docteur Gilles GARDON, veuillez recevoir ma profonde gratitude pour votre présence aux côtés du Docteur Alquier Marie-Fleur pour cette soutenance, merci pour votre disponibilité et vos réponses à mes nombreux mails.

Au Docteur Marie-Fleur ALQUIER, je te remercie sincèrement pour ta patience et ton investissement dans ce travail, mais également pour ton accompagnement et tes conseils dans le début de ma vie professionnelle.

Aux Docteurs :

DUBAYLE Véronique, DURANT Mai-Ly, FOLACCI Jean-Luc, LAURE Régis, ROUQUIER Frédéric, Longo Fabrice, mais également à tous mes Maitres de stages et personnels médicaux côtoyés lors de mes stages. Votre aide a été précieuse pour l'aboutissement de ces études.

A mes amours :

Eloïse, « mon infirmière », ma femme, qui a lu et relu ce travail entre deux tétées et avec peu d'heures de sommeil. Merci, tu as toujours soutenu et mis en valeur mon travail. Je t'aime.

A mon bébé, Lucile. Tu ne m'as pas laissé beaucoup dormir pendant cette rédaction mais comme je l'avais rêvé tu es présente ce jour dans cet amphithéâtre.

A ma famille :

A ma Maman et mon Papa qui ont toujours cru en moi, malgré une adolescence peu studieuse et quelques périodes d'égarement ! Je suis très fier des valeurs que vous m'avez apportées et je tacherai de les transmettre à Lucile avec grande attention.

A ma petite sœur Magali et à mon beau-frère Michel. Nous avons hâte de vous accompagner pour cet heureux évènement.

A Sandrine, merci pour ton soutien quand je révisais la tête dans les bouquins du matin au soir, tes bons petits plats pour m'apporter de l'énergie pendant toutes ces révisions et merci pour ton écoute et ta compréhension de mes choix professionnels et priorités dans la vie.

A JM, merci pour nos parties de tennis entre mes révisions qui ont su me défouler.

A Papy et Mamie Antoinetta et Giuseppe, qui êtes loin mais je pense à vous aujourd'hui.

A Papy et Mamie Nicole, j'aurais voulu vous montrer à quel point je suis heureux dans ma vie et mon travail. Je pense beaucoup à vous.

A belle-maman Muriel pour sa générosité et son goût des bonnes choses.

A Angie pour son angélisme !

A Michel et Marie, merci pour votre accueil, les bons repas passés à vos côtés et votre motivation à lire mon travail. Nous aimons beaucoup passer du temps avec vous.

A Gilbert et Evelyne, je vous ai toujours considéré comme des grands-parents, merci pour l'attention que vous avez envers Eloïse, Lucile et moi.

A Alexandra, j'espère que je te reverrai vite et que toute cette histoire sera un mauvais souvenir.

A Lucie et Caroline, merci d'avoir toujours cru en moi, vous m'avez apporté beaucoup de soutien et de la confiance pour ces études.

A tonton Vito, mes cousins David, Sabrina, et bien sûr Thomas et Anthony. Que le temps passe et que nos vies ont changé en 10 ans d'études.

A mes amis d'ici ! :

Maître Giusto, ma Auré et ma chouchou Enora : Je vous aime, merci pour votre présence dans notre vie et cet immense honneur d'être parrain.

A Tarek bien sûr. Nos révisions de physique chimie dans ton garage. C'est là que tout a commencé !

Au Jashu, Roxanne (et Arthur)

A mon Yoyo, parti pour le tour du monde.

A Pauline et à Bruno, c'est de toi qu'est parti ce projet et cette idée de dématérialiser l'ordonnance. Merci pour tes recherches et essais qui m'ont conduit à finalement rédiger ce sujet.

A Céline et Sébastien et tes nombreux allers retours en voitures sur la corniche pour venir me chercher pendant mes révisions !

Aux amis de ma femme et nos soirées toujours pleines de débats et fous rires avec Aurélie, Romain, Caro et Djé, Mickael et Cyril, Rodger et Chaton, Sandy et Abdel, mais aussi Reine.

Aline et Isabelle, vous faites partie des belles rencontres de mes études, merci pour votre accueil, votre générosité et bonne humeur démesurée. Une pensée pour Jacqueline et son accompagnement maternel pour le petit interne que j'ai été. Vous êtes les championnes du monde des secrétaires, merci.

A Morgane et Cecilia pour m'avoir transmis le goût du voyage à l'aube de cet internat.

Et mes amis venus d'ailleurs ! :

A mon petit Martin, parrain de ma fille. Soyez heureux avec Julie et continuez de nous régaler de votre joie de vivre et grain de folie.

A mon ami de toujours, Mukendi, pour tous nos souvenirs qui pourraient remplir les 60 pages de cette thèse.

Guillaume et Pauline, vous êtes une très belle rencontre pour moi.

Mon p'tit Clément. A notre périple en Islande que je n'oublierai jamais et nos parties d'échec toujours très serrées.

A Remi Soso et Dr Lulu

A Amandine et Adeline

A mon Djibi et Narimen.

A Philou et Emilie A

A mon Adri et Maude.

A mon ami Christophe Ceola, même si on ne se voit pas beaucoup tu resteras mon premier co-interne et quelle aventure de découvrir ce monde avec toi.

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	15
1. La place croissante de l’informatisation en France.....	15
2. La France en retard par rapport à ses voisins.....	15
3. Quels objectifs et pour quand ?.....	16
4. Qu’en pensent les patients français ? Peu de réponses à ce jour.....	17
5. Objectifs et intérêts de l’étude.....	17
<u>MATERIELS ET METHODES</u>	19
1. Recherches bibliographiques.....	19
2. Choix de la méthode.....	19
2.1. Etude qualitative.....	19
2.2. Entretiens individuels semi-dirigés.....	19
2.3. Caractéristiques des investigateurs.....	20
3. Choix de la population.....	20
3.1. Critères d’inclusion et d’exclusion.....	20
3.2. Recrutement des patients.....	20
4. Elaboration du guide d’entretien.....	21
5. Retranscription et analyse des entretiens.....	21
<u>RESULTATS</u>	22
1. Données quantitatives.....	22
1.1. Déroulement des entretiens.....	22
1.2. Caractéristiques de l’échantillon.....	22
1.2.1. Age de la population étudiée (FIGURE 1).....	22
1.2.2. Sexe (FIGURE 2).....	23
1.2.3. Profession et niveau socio-économique (FIGURE 3, 4).....	23
1.2.4. Lieu de résidence (FIGURE 5).....	24
1.3. Modification du guide d’entretien.....	25

2. Données qualitatives : Evaluation du ressenti du patient à propos du projet PEM2D.....	26
2.1. Les avantages du projet.....	26
2.1.1. L'économie de papier.....	26
2.1.2. Un gain de temps.....	26
2.1.3. Plus de perte d'ordonnance.....	27
2.1.4. Une mise en réseau de l'ordonnance pour une facilité d'accès.....	28
2.1.5. Une ordonnance davantage sécurisée et tracée.....	28
2.1.6. Une ordonnance lisible.....	29
2.1.7. Un outil précieux pour la téléconsultation et l'isolement médical.....	29
2.2. Réticences, craintes et réserves.....	29
2.2.1. Possibilité d'obtention d'une fiche de traitement en format papier.....	30
2.2.2. Un changement d'habitude.....	30
2.2.3. La crainte du bug informatique et de la fiabilité du système.....	31
2.2.4. Une traçabilité qui fait débat.....	31
2.2.5. L'absence de concertation des patients.....	32
2.3. Problématiques évoquées par les patients quant à l'application dans la vie quotidienne de l'ordonnance électronique.....	32
2.3.1. Possibilité d'obtention d'une trace papier.....	32
2.3.2. Que faire si la carte vitale est perdue ou défectueuse ?.....	33
2.3.3. Qu'en sera-t-il lors d'une visite à domicile ?.....	33
2.3.4. Comment archiver autant de données informatiques et à quel coût ?.....	33
2.4. Degré d'adoption des patients quant à l'e-prescription.....	34
3. Données qualitatives : Evaluation du degré d'information du patient à propos de la prescription électronique (Objectif secondaire).....	34
3.1. Connaissance ou rencontre antérieure à l'entretien avec le terme « prescription électronique ».....	34
3.2. Le projet était-il imaginé ou envisageable par le patient ?.....	35
3.3. Curiosité quant au projet de dématérialisation de l'ordonnance	35

DISCUSSION.....36

1. Discussion de la méthode.....	36
1.1. Avantages de la méthode d'étude.....	36

1.2. Inconvénients de la méthode d'étude.....	36
1.2.1. Biais de sélection.....	36
1.2.2. Biais liés à l'analyse de données.....	37
2. Discussion des résultats.....	37
2.1. L'e-prescription, une évidence logique et cohérente pour le patient de demain.....	37
2.1.1. La numérisation du médical, une offre et une demande en plein essor.....	37
2.1.2. Les patients identifient désormais clairement les avantages et le potentiel du numérique sur la prescription médicamenteuse.....	39
2.1.2.1. L'Argument environnemental.....	39
2.1.2.2. La sécurité.....	39
2.1.2.3. Une alternative pratique.....	40
2.1.2.4. Au sujet de la téléconsultation.....	40
2.1.2.5. Un document toujours lisible.....	41
2.1.2.6. La disparition de l'ordonnance manuscrite non conforme.....	41
2.2. Ordonnance zéro papier ? Encore faut-il être « éligible » au numérique.....	42
2.2.1. L'illectronisme en France, une réalité (FIGURE 6,7).....	42
2.2.2. Un réseau informatique loin d'être à la hauteur du projet (FIGURE 8).....	43
2.3. Le numérique facteur d'exclusion (FIGURE 9, 10).....	44
2.4. A propos du secret médical et de la sécurité réelle des données.....	45
2.5. Des conséquences sur l'observance.....	46
<u>CONCLUSION</u>	47
<u>Abréviations</u>	49
<u>Annexe 1- L'e-prescription en France, cadre légal et devenir</u>	50
<u>Annexe 2- Guide d'entretiens</u>	53
<u>Annexe 3- Brochure d'information aux praticiens</u>	56
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	57
<u>SERMENT D'HIPPOCRATE</u>	61
<u>RESUME & ABSTRACT</u>	62

INTRODUCTION

En France, un médecin généraliste imprime en moyenne sept cent cinquante pages de papier par mois. Ces feuilles parcourront ensuite quelques mètres dans la poche du patient pour se diriger vers une pharmacie, où finalement elles seront elles-mêmes numérisées et se retrouveront au fond d'un sachet ou bien même parfois simplement détruites. A cela s'ajoute les nombreuses fois où le patient perd son ordonnance ou demande un duplicata. Tout cela représente une perte de temps pour le médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste, ainsi que pour le patient, sans parler de l'enjeu environnemental qui en découle.

1°) La place croissante de l'informatisation médicale en France :

Il semble que ce processus s'avère de plus en plus archaïque face à l'évolution des technologies et l'informatisation de la médecine actuelle. En effet, le patient « moderne » est désormais « connecté » y compris lorsqu'il s'agit de sa santé. Par exemple, une étude Opinionway publiée par F. Micheau (1) a mesuré qu'en septembre 2018 un Français sur quatre prenait un rendez-vous médical sur internet. Le profil des patients qui prennent rendez-vous chez le médecin en ligne est d'ailleurs équilibré et divers.

Du côté du corps médical, la tendance à l'informatisation est encore plus prononcée puisque d'après cette même étude seulement 10% de médecins généralistes se limitent encore aux ordonnances manuscrites et donc 90% des médecins travaillent maintenant sur ordinateur en France. L'informatisation des procédures administratives entourant la profession de médecin n'a, elle aussi, cessé de croître depuis une vingtaine d'années avec notamment le choix des autorités de santé d'instaurer la carte vitale dont la première version a été mise en application en 1998. On pourrait également citer la mise en place récente de la dématérialisation des procédures concernant l'arrêt et l'accident de travail pour lesquels le formulaire numérique est maintenant instantanément transmis à la Caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM) par le réseau internet et le patient n'a pas à le poster ni à se déplacer. Ces services sont désormais massivement et quotidiennement utilisés en médecine et constituent un gain de temps non négligeable pour le patient mais aussi pour le médecin.

2°) La France en retard par rapport à ses voisins :

Cependant, la France est clairement derrière la plupart de ses voisins européens en matière de prescription électronique comme par exemple les pays scandinaves qui sont les précurseurs en la matière (au Danemark l'ordonnance médicamenteuse dématérialisée est en place depuis les années 90 !). Ce procédé est utilisé systématiquement en Estonie, Suède, Croatie ou encore aux Pays Bas où la quasi-totalité des prescriptions sont dématérialisées. D'autres pays tels que l'Autriche, la Belgique ou bien l'Espagne instaurent progressivement ce procédé d'abord mis en place dans des

régions test. Plus largement, au niveau transatlantique, depuis mars 2016, il est même interdit pour les médecins de l'état de New York de délivrer des ordonnances papiers. Elles doivent obligatoirement être délivrées sous forme électronique.

On pourrait identifier plusieurs raisons à ce retard manifeste de la France en matière de prescription médicamenteuse numérique en comparaison à ses voisins. En effet, déjà en 2015 une sérieuse expérimentation diligentée par l'assurance maladie était en discussion mais n'a malheureusement pas aboutie, faute d'accord avec l'Union Nationale des Pharmacies de France (UNPF). Il était reproché par le syndicat pharmacien d'après le rapport que :

- Les données informatiques n'étaient pas suffisamment sécurisées.
- Il existait encore de trop nombreuses contraintes techniques engendrées par la prescription électronique en 2015. Comme par exemple une limitation des ordonnances à quatre lignes et de nouvelles modalités techniques manquantes.
- Par ailleurs, la CPAM n'avait pas prévu de financement ni pour l'expérimentation, ni pour la production de ce nouvel outil.

3°) Quels objectifs et pour quand ? :

C'est pourquoi, après avoir retravaillé les grandes lignes de son projet, l'Assurance Maladie teste actuellement un processus du nom de « PEM2D » (voir document annexe n°1 : « e-prescription en France en 2019 cadre légal et devenir ») visant à terme, à dématérialiser la prescription médicamenteuse qui finalise 78% des consultations de médecine générale (d'après une enquête de Mireille Elbaum pour la Société Française de Médecine Générale (SFMG) (2)). Les premiers tests ont débuté en 2017 au sein de trois départements français (le Val de Marne, la Saône et Loire et le Maine et Loire) et ont pour but de « *parvenir à des modalités de déploiement à grande échelle à compter de 2019, et notamment d'étudier la possibilité d'élargir la prescription électronique à d'autres domaines (prescription d'examen biologiques, actes des auxiliaires médicaux, etc.)* » (d'après le projet de convention d'objectifs et de gestion (COG) de la CPAM (3) datant de Novembre 2017 qui trace la feuille de route pour la période 2018-2022). Même si une disparition du papier n'est pas prévue dès 2019, les autorités de santé ont bien pour objectif d'y parvenir à moyen terme. En effet, déjà en 2012 le Comité de Liaison des Institutions Ordinales en Santé (Clio-Santé) détaillait dans une note d'orientation (4) de façon précise les enjeux et la mise en place concrète d'une e-prescription devenue « *incontournable* », et surtout qui à terme serait « *totale*ment dématérialisée ». Les dernières déclarations du Plan Santé dévoilées en septembre 2018 (14) confirment cette finalité avec dès cette année le déblocage de 500 millions d'euros destinés à la numérisation de la santé qui compte bien aboutir à la « *numérisation totale des prescriptions* » et le déploiement de ces « *outils numériques* » dès fin 2019 avant une « *généralisation d'ici 2021* ».

On peut donc voir au travers de ces obstacles que le projet nécessitait une certaine maturité, discussion et coopération entre tous les acteurs de la santé paraissant désormais enfin aboutir. Cependant aucune étude en France n'a évalué la perception des patients de médecine générale quant au projet « PEM2D » ou à la disparition de l'ordonnance papier. A ce jour, seules des études étrangères, essentiellement américaines et canadiennes, se sont penchées sur ce thème.

4°) Qu'en pensent les patients français ? Pas de réponse disponible à ce jour :

Malheureusement, la majorité de ces études se limitent uniquement à la dématérialisation des prescriptions en milieu hospitalier comme l'étude américaine publiée en 2007 par William Hollingworth et Emily Beth Devine (6) ou encore l'article publié par Denis Lebel et Jean-François Busières pour le « Journal of Pediatric Surgery » (7). D'autres études s'attardent quant à elles aux pharmacies d'officine(8)(11) et visent à recueillir les failles et lourdeurs du système de prescription afin de parvenir à l'optimiser. D'autres enfin relatent le ressenti et les retours des praticiens de ville pas toujours unanimes concernant notamment l'ergonomie d'un tel système (9) ou encore au sujet du temps réellement gagné dans la durée globale de la consultation comme l'étude de William Hollingworth pour le « Journal of the American Medical Informatics Association » (10).

Enfin concernant le ressenti réel du patient en lui-même, les articles à ce sujet se font rares. Nous pouvons citer l'étude publiée par Loren Schleiden (12) qui malheureusement ne se limite qu'aux sujets de plus de 50 ans et qui d'ailleurs démontrait outre Atlantique que l'avis était globalement favorable quant à l'adoption d'un tel système. Une meilleure observance était notamment rapportée par le patient. On peut enfin citer l'étude de J.Am pour « Pharm Assoc » publiée en 2014 (13) s'intéressant cette fois à l'impact de la relation médecin-patient après l'introduction d'une prescription dématérialisée. Celle-ci relatait que le contact et la relation lors de la consultation n'étaient pas perçus comme modifiés par le patient.

5°) Objectifs et intérêts de notre étude :

A ce jour, il n'existe que peu d'études rapportant le ressenti et l'avis du patient de médecine générale sur ce sujet et encore moins en France, c'est pourquoi nous avons choisi ce travail dont **l'objectif principal** sera, au travers d'une étude qualitative en entretiens semi-dirigés, d'évaluer la perception des patients à propos de ce projet. Ainsi nous pourrions dégager les avantages et les inconvénients d'une telle refonte de l'ordonnance aux yeux des patients et retranscrire cela au médecin généraliste. Le praticien pourra ainsi se préparer à d'éventuelles réticences ou craintes de la part de ses patients. Ces concepts se traduiront par des questions en consultation voir peut-être même un impact sur l'observance d'où l'intérêt de s'y préparer pour le médecin généraliste. De plus, cette étude est réalisée de manière antérieure à l'instauration d'un tel processus ce qui permettra dans le futur de réaliser éventuellement une étude « avant – après » et d'observer s'il y a eu ou pas changement d'opinion.

Par ailleurs notre **objectif secondaire** consistera à évaluer également le degré d'information des patients quant à l'existence et à l'imminence de l'instauration de la prescription électronique en France. L'intérêt est de prendre conscience et de mesurer le possible défaut d'information des autorités de santé et de peut-être se préparer en tant que médecin généraliste à devoir expliquer les grandes lignes du projet aux patients. Nous établirons ainsi un document d'information distribuable aux médecins généralistes, pouvant les guider dans l'information au patient.

Notre hypothèse est que les avis et réponses sont divergents selon les générations et les habitudes de chacun mais qu'un avis globalement positif devrait être retenu. Nous pouvons nous attendre par exemple à ce que les seniors, moins à l'aise avec le numérique, soient réticents voire perdus devant un tel projet.

MATERIELS ET METHODES

1. Recherches bibliographiques :

Les termes français utilisés dans notre recherche étaient notamment : “prescription électronique”, “ordonnance”, “informatique médical” et « Soins primaires de Santé ».

Les termes anglais étaient “prescribing”, “Primary Health care” “electronic prescribing”.

Les sources utilisées ont principalement été Pascal, Pubmed, le catalogue du Système Universitaire de Documentation (SUDOC), Google et Google Scholar. Les bibliographies d’articles et de thèses en lien avec l’e-prescription ont également été des sources d’information.

La recherche bibliographique a été effectuée de septembre 2017 à mars 2019 et se composait donc majoritairement d’articles scientifiques publiés mais également de quelques publications journalistiques. Les recherches n’ont pas cessé dès le début du recueil des données puisque l’actualité concernant ce sujet évoluait (ex : annonce de « Plan Santé Septembre 2018 » (14) avec notamment de nouvelles informations concernant le budget et le planning de numérisation de la santé).

2. Choix de la méthode :

2.1 Etude qualitative :

Afin d’étudier la perception des patients de médecine générale quant à l’e-prescription ainsi que leur degré d’information et d’intérêt concernant ce projet, une étude qualitative et donc plutôt inductive paraissait la plus appropriée. La recherche qualitative est une méthode qui étudie les phénomènes sociaux au travers de questions ouvertes tout en y considérant une signification. (En revanche, la recherche quantitative analyse les problèmes biomédicaux, les mesure et les quantifie). Cette méthode était donc capable de donner un éclairage du ressenti et donc les avantages, les inconvénients ou les réserves, ainsi que les questionnements d’ordre pratique que peut susciter l’e-prescription chez les patients de médecine générale en France.

2.2 Entretiens individuels semi-dirigés :

Nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels. Il était question dans un premier temps de réaliser des entretiens sur prise de rendez-vous en cabinet, en dehors du cadre de toute consultation médicale, mais cette idée a été rapidement abandonnée devant le peu de volontaires prêts à se déplacer en cabinet sans motif médical.

Des entretiens semi-dirigés nous ont semblé intéressants pour laisser s’exprimer le patient au gré de ses pensées tout en dirigeant la discussion vers les principales questions à explorer.

2.3 Caractéristiques des investigateurs :

Interne en médecine générale, j'étais l'intervieweur et le principal investigateur. J'étais auparavant initié à la recherche qualitative notamment grâce à la lecture et l'analyse d'articles scientifiques lors des stages hospitaliers mais aussi lors de la préparation aux Epreuves Classantes Nationales (ECN) des études de Médecine. Le docteur Marie-Fleur Alquier exerçant à Contes était la directrice de ce travail.

3. Choix de la population :

3.1 Critères d'inclusion et d'exclusion :

La population d'étude était constituée de patients venus en consultation au cabinet mais également rencontrés en visite à domicile.

Les trois cabinets de médecine générale concernés par l'étude se trouvaient à Biot (Alpes maritimes), à Contes (Alpes maritimes) et à Callian (Var).

L'âge minimum de participation à l'étude était de seize ans.

Les critères d'exclusions étaient : la présence de troubles cognitifs ou démence (information recherchée systématiquement dans le dossier médical du patient avant l'entretien).

3.2 Recrutement des patients :

Au cours de cette étude, nous sommes parvenus à solliciter vingt-quatre patients en cabinet et huit en visite à domicile. Les patients étaient sélectionnés afin d'obtenir un panel de profils des plus divers (en termes d'âge, de lieu de résidence et de niveau socio-économique). L'échantillon était donc orienté, entretien après entretien, afin d'obtenir une population la plus représentative et diversifiée possible de médecine générale.

Le recrutement s'est fait sur simple demande orale en fin de consultation lorsque le planning le permettait afin de ne pas réaliser d'entretien de manière hâtive. Aucun consentement écrit n'a été demandé et l'étude s'est voulue anonyme.

Dans l'ensemble les patients ont plus que favorablement répondu présents à notre demande puisque sur trente-quatre patients sollicités seul deux refus ont été notés. En effet, un patient n'a pas souhaité répondre pour cause d'impératif et une seconde car elle se disait « incapable de comprendre et répondre à un sujet touchant à l'informatique ».

Les entretiens, débutaient par une présentation orale de notre travail de thèse en évoquant le thème général de la prescription électronique, sans préciser nos objectifs en premier lieu afin d'éviter le biais d'un discours influencé lors de l'entretien. Ils étaient sollicités un par un, entretien après entretien. Le nombre de patients interrogés n'était donc pas prévu à l'avance. Le type d'échantillon était de type théorique c'est à dire qu'il s'est diversifié au fur et à mesure des entretiens. L'inclusion a été réalisée de fin mai 2018 à janvier 2019.

4. Elaboration du guide d'entretien :

Afin de mener nos entretiens de manière systématique, un guide d'entretien a été établi en veillant à ce que celui-ci ne soit pas trop directif.

Tout d'abord, l'interview débutait par une présentation nominative des investigateurs de notre travail. Le déroulement pratique de l'étude était ensuite exposé au patient en évoquant le projet imaginé par la Sécurité Sociale à l'aide d'un schéma simple et clair. Le consentement oral du patient était recueilli pour la participation et l'enregistrement de l'entretien au moyen d'une application de dictaphone sur smartphone.

Avant de poser les principales questions de notre étude une transition était brièvement abordée en demandant au patient s'il avait auparavant eu connaissance du terme "Prescription électronique" puis plus précisément du projet PEM2D.

Ensuite, l'entretien concernant l'objectif principal débutait et comprenait ainsi une série de questions ouvertes amenant à discuter et recueillir les opinions de chacun :

- Quels vous paraissent être les avantages d'un tel procédé ?
- Quelles sont vos réticences, craintes ou réserves sur ce projet ?
- Quelles interrogations d'ordre pratique vous viennent à l'esprit quant à la mise en application de ce projet dans la vie quotidienne ?
- Etes-vous favorable à la mise en place de ce fonctionnement ? Et pourquoi ?
- Avez-vous d'autres remarques ?

Enfin, cette méthode avait l'avantage de permettre une modification et d'enrichir le guide d'entretien en cours d'étude, avec des nouveaux éléments énoncés lors des entretiens par les patients interrogés. Le guide pouvait donc être modifié afin de répondre à un problème qui n'avait pas été exploré ou envisagé avant le début de l'étude. Lorsqu'aucune nouvelle information n'apparaissait plus durant plusieurs entretiens cela signifiait qu'il y avait saturation des données et l'étude pouvait être clôturée.

5. Retranscription et analyse des entretiens :

Une fois l'entretien terminé, il était immédiatement réécouté et retranscrit. Les éléments importants ou nouveaux étaient extraits. Nous tenions à retranscrire mot pour mot dans nos résultats les propos des patients afin d'éviter tout biais d'interprétation de notre part. L'enregistrement sonore global durait au total trois cent quatre-vingt-quatre minutes.

A partir des méthodes de recherche qualitative (voir ouvrages et références de recherche qualitative « Collège de Médecine Générale de Nice » (CAGE) (18), ou encore les références de Aubin-Auger « Introduction à la recherche qualitative » (16) ou Bardin L. « L'analyse du contenu » (19) ou encore les références Mays N, Pope C (15)(20)), les verbatims ont donné lieu à un codage analytique et un regroupement des idées les plus marquantes de chaque entretien.

RESULTATS

La méthode qualitative permettait qu'une donnée avait la même valeur qu'elle soit citée une seule ou plusieurs fois lors des entretiens.

1. Données Quantitatives :

1.1 Déroulement des entretiens :

Nous avons réalisé au total trente-deux entretiens étalés sur la période de mai 2018 à janvier 2019.

La durée moyenne des entretiens a été de douze minutes, la durée minimale de huit minutes et la durée maximale de dix-neuf minutes.

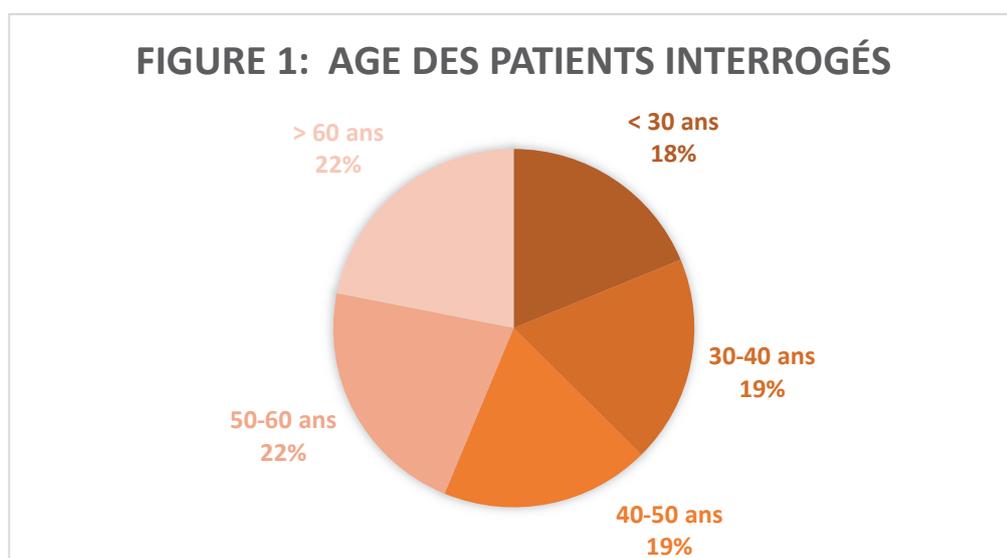
1.2 Caractéristiques de l'échantillon :

1.2.1 Age de la population étudiée :

La majorité des patients interrogés avait entre 45 et 65 ans, aucun d'entre eux n'avait moins de 17 ans, six patients se trouvaient dans la tranche 30-40 ans, six entre 40 et 50 ans, et sept patients dans la tranche 50-60 ans.

Sept patients avaient 60 ans ou plus et six avaient moins de 30 ans.

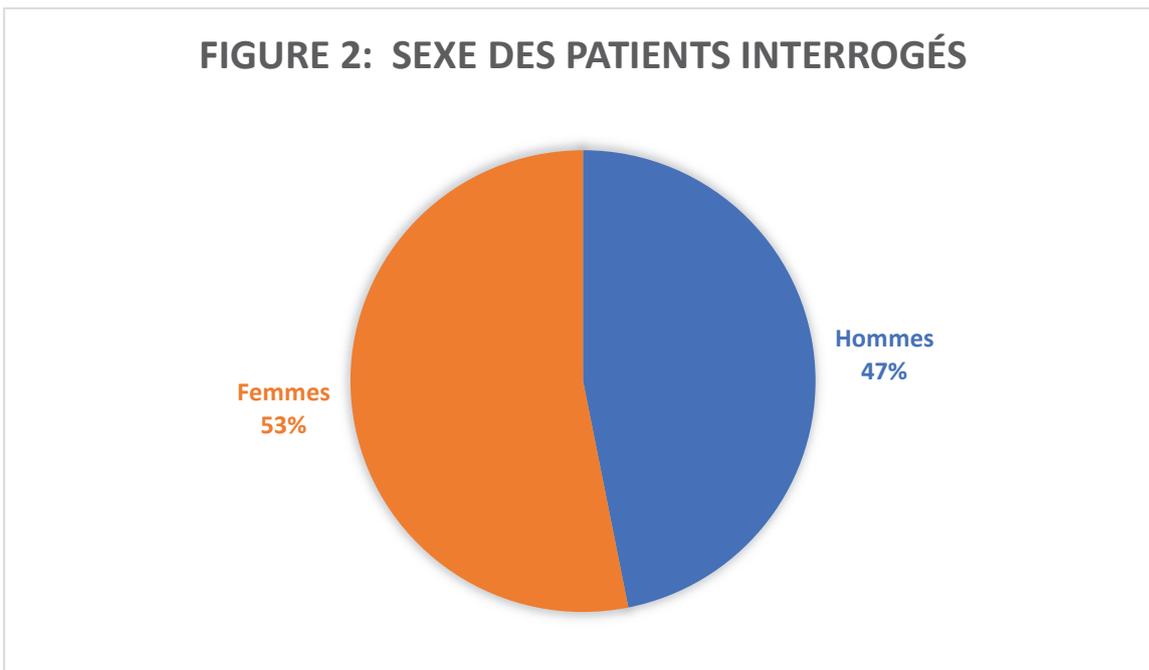
La moyenne d'âge était de 47 ans.



Catégories d'âge	Nombres de patients interrogés
Moins de 30 ans	6
30 – 40 ans	6
40 – 50 ans	6
50 – 60 ans	7
Plus de 60 ans	7
Moyenne d'âge	47 ans

1.2.2 Sexe :

Dix-sept femmes ont été interrogées versus quinze hommes soit réciproquement 53.12 % de femmes dans l'échantillon contre 46.88% d'hommes.



1.2.3 Profession :

Nous avons demandé aux patients leur profession dans un but d'identification de leur niveau socio-économique. Six patients se trouvaient actuellement à la retraite contre vingt exerçant toujours une activité professionnelle, trois patients étaient demandeurs d'emploi et trois étaient étudiants.

Dix patients exercent ou exerçaient un métier d'ouvrier contre douze employés, sept cadres et trois n'avaient encore jamais travaillé car étaient étudiants.

FIGURE 3: SITUATION ACTUELLE DES PATIENTS

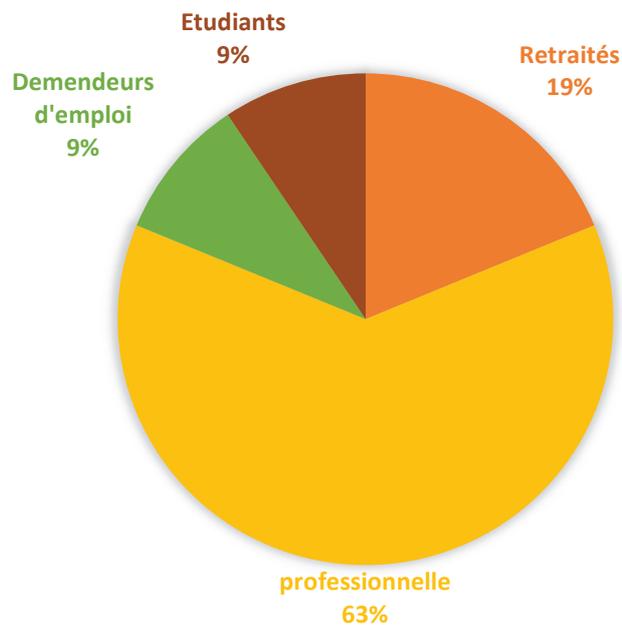
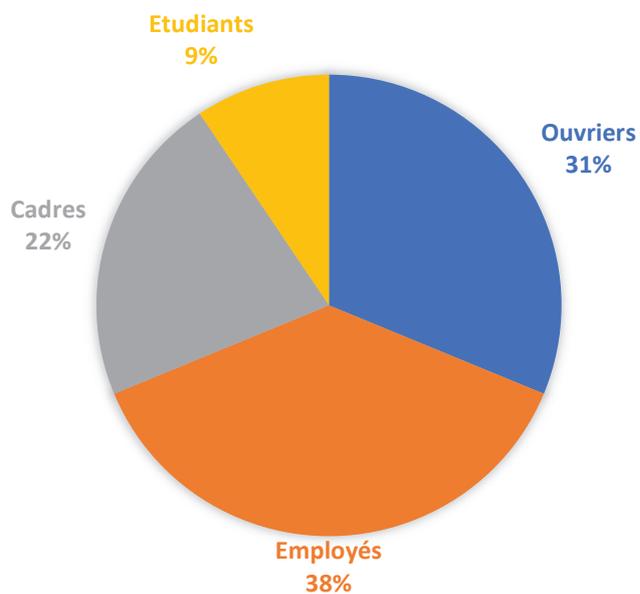
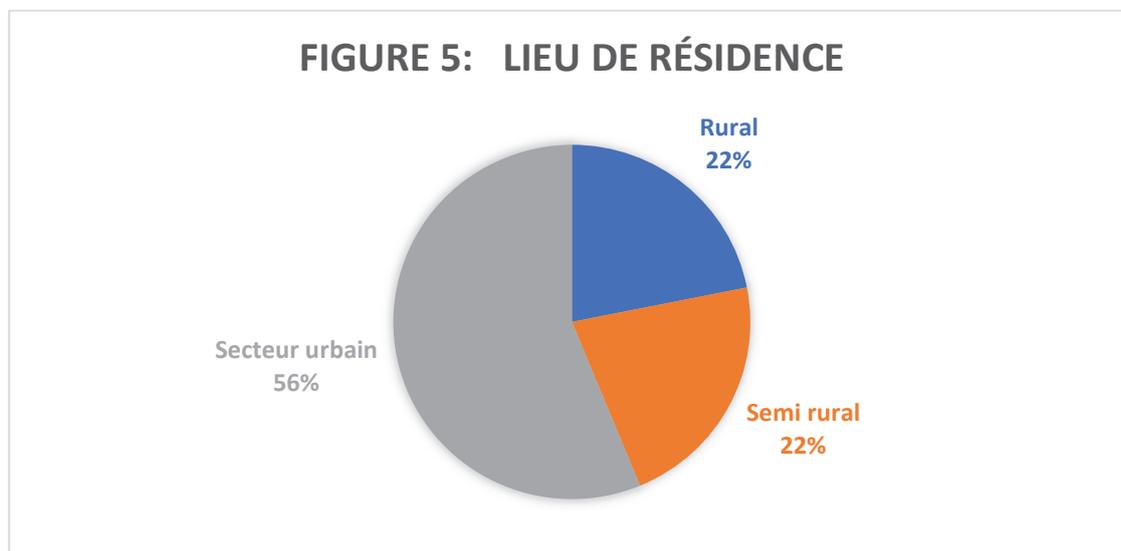


FIGURE 4: CATÉGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES



1.2.4 Lieu de résidence :

Nous avons interrogé les patients quant à leur commune de domiciliation dans un souci de classement par zone urbaine ou rurale. Sept patients vivaient en zone rurale contre sept en zone semi rurale et enfin dix-huit en secteur urbain.



1.3 Modification du guide d'entretien :

Nous avons choisi de modifier le guide d'entretien par reformulation et ajustement des éléments suivants :

- Concernant la première question : « Avez-vous déjà entendu parler du terme « prescription électronique » et de ce projet de dématérialisation des prescriptions ? ». Il nous a paru intéressant de compléter cette question en demandant au patient si celui-ci se doutait de l'existence d'un tel projet ou encore s'il avait déjà imaginé une possibilité de dématérialisation des prescriptions. (*« Vous doutiez-vous de l'application future d'un tel projet ? Vous êtes-vous déjà questionné sur la possibilité d'une prescription dématérialisée ? »*).
- Au sujet de la question : « Quelles interrogations d'ordre pratique vous viennent à l'esprit quant à la mise en application de ce projet dans la vie quotidienne ? » Nous avons choisi de reformuler cette question après cinq entretiens car nous avons remarqué une incompréhension de la part de plusieurs patients. La formulation finale était donc : « Pouvez-vous citer des exemples de situations qui selon vous poseront problème à l'application de la prescription dématérialisée dans la vie quotidienne ? ».

2. Données qualitatives : Evaluation du ressenti du patient à propos du projet PEM2D. (Objectif principal) :

2.1 Les avantages du projet :

La question des avantages était peut-être la plus inspirée pour les patients. En effet, ces derniers fournissaient des réponses très diverses argumentées. Il était intéressant de noter que certains patients initialement pessimistes, soupirant dès les premières secondes de notre introduction quant au projet, changeaient finalement d'avis après avoir réfléchi par eux même aux avantages possibles qu'offrait cette méthode. Nous devons parfois détourner la question en reformulant « A votre avis, pourquoi pensez-vous que l'assurance maladie tient absolument à instaurer un tel système ? ». Ainsi les patients sont parvenus à dégager plusieurs thèmes clés au sein de cette série de réponse.

2.1.1 L'économie de papier :

Tout d'abord, l'avantage le plus présent aux yeux des patients était l'économie de papier.

E1 : « Pouvoir se passer du papier serait un réel avantage pour l'environnement parce que j'imagine que toutes vos consultations donnent lieu à une ordonnance donc les quantités de papiers économisées seraient immenses à mon sens et par la même occasion d'encre à imprimante également. »

E14 : « Je pense qu'aucun papier n'est indispensable et que nous pourrions faire sans et dans toute situation. On le voit quand nous devons fournir un justificatif de domicile ou bien une pièce administrative, le format dématérialisé ou informatique est maintenant largement permis et plutôt pratique. »

E9 : « De toute façon quand je vais à la pharmacie, le pharmacien me prend le double, il le scanne et le jette immédiatement à la poubelle, donc ça ne sert à rien d'avoir autant de papier, même le pharmacien n'en veut plus. C'est compréhensible puisque sinon il devrait avoir une véritable salle d'archive et comment garder tout ça après tant d'années ? »

E2 : « Je ne comprends pas qu'en 2018 le papier soit encore aussi présent, avec tous les systèmes de mail et documents PDF sécurisés que l'on a maintenant. »

2.1.2 Un gain de temps :

En second, il était intéressant de noter que les patients y voyaient un gain de temps à la fois pour le patient mais également pour le médecin prescripteur et le pharmacien. Les patients semblent accorder de l'importance au temps qu'ils vont passer à patienter que ce soit au cabinet, ou bien en pharmacie.

E19 : « Je pense que ce sera plus rapide et pratique pour vous car vous n'aurez pas à sortir l'ordonnance, signer, tamponner, faire un double etc. et en plus ça ne casse pas le lien humain avec le patient, parce que c'est vrai qu'on voit de plus en plus de médecins le nez dans leur ordinateur, or là il n'y aurait aucun sacrifice à faire dans l'écoute du patient. »

E12 : « Donc si je comprends bien, quand j'irai à la pharmacie, le pharmacien verra directement sur son écran vos prescriptions grâce au code barre QR-Code ou grâce à la carte vitale ? Il ne devra donc plus reporter la totalité de ce que vous avez marqué ? Car parfois c'est vrai que le temps qu'il prenne un à un les traitements de l'ordonnance pour les rentrer dans son ordinateur ça dure une éternité »

E5 : « C'est pratique parce que moi qui utilise énormément mon smartphone, je peux sortir rapidement mon ordonnance ou le fameux code barre en question enregistré sur mon téléphone. Pas besoin de l'imprimer, plier et ranger... Cela me fait penser à quand je pars en avion maintenant je passe la sécurité avec mon smartphone et ma carte d'embarquement au format PDF, c'est rapide et pratique. »

2.1.3 Plus de perte d'ordonnance :

Ensuite, de nombreux patients évoquaient le fait de ne plus pouvoir perdre leurs ordonnances car celles-ci seraient archivées en permanence sur le réseau Internet ou bien dans un smartphone ou un ordinateur. Ils y voyaient une solution pour le classement de leurs papiers. Cet archivage serait doté d'une réelle sécurité et un encadrement informatique de la part de la CPAM.

E6 : « C'est vrai que moi qui suis tête en l'air je rappelle de temps en temps le secrétariat pour demander une ordonnance que j'ai perdue. Cela m'est arrivé quelques fois quand même et c'est assez gênant parce qu'on culpabilise de vous déranger à nouveau pour une étourderie de notre part. »

E5 : « Il serait impossible de perdre son ordonnance avec ce système. Le top serait une application pour smartphone sur laquelle on pourrait consulter nos historiques d'ordonnances et les présenter à un médecin ou pharmacien. On aurait tout notre historique de santé en permanence avec nous.»

E7 : « C'est vrai qu'il m'est déjà arrivé de me retrouver face au pharmacien et de ne plus trouver mon ordonnance et là je tourne, je vide mon sac, je fouille la voiture. »

E9 : « Moi vous savez elles traînent dans le sac et en un mois je les retrouve quasiment en décomposition, donc si je pouvais savoir qu'elle est quelque part sauvegardée, je trouverais ça bien.»

E15 : « A la maison maintenant je scanne tout et je détruis, parce que sinon c'est pas possible entre mon mari moi, les enfants et les parents, le bureau peut ressembler à une salle d'archive. »

2.1.4 Une mise en réseau de l'ordonnance pour une accessibilité facilitée aux praticiens :

Les patients ont fréquemment fait le lien entre notre sujet d'étude et le partage de l'information médicale. En effet, ils ont bien saisi que le QR-Code ou bien l'ordonnance en elle-même serait disponible via un réseau sécurisé par tout médecin de ville ou hospitalier mais encore par tout pharmacien. Certains sont rassurés de savoir que chaque médecin ou pharmacien peut donc avoir accès à ces données médicales logées sur un serveur et un réseau informatiques sécurisés à l'échelle nationale.

E12 : « C'est vrai que quand je me suis fait hospitaliser en urgence pour ma vésicule biliaire, à la clinique ils ne trouvaient pas mes traitements et il a fallu attendre le week-end qu'ils téléphonent à mon docteur traitant pour avoir la liste des médicaments et posologies. Alors c'est quand même pas pratique. »

E18 : « Le top ça serait d'intégrer ce système au Dossier Médical Partagé (DMP), que chacune de vos prescriptions s'enregistre directement dedans. »

E19 : « C'est rassurant de savoir qu'il y a un système de traçabilité par rapport aux autres confrères, et qu'on peut aller consulter un autre médecin sans devoir rapporter toutes ses ordonnances et traitements et surtout qu'il puisse nous croire ou nous donner un traitement déjà prescrit ayant bien fonctionné en vérifiant sur son ordinateur. »

2.1.5 Une ordonnance plus sécurisée et tracée :

Ensuite, les patients ont évoqué l'avantage de la sécurité et de la mesure anti falsification qu'intègre ce procédé. En effet, les patients semblaient avoir compris que certains abus pouvaient exister et par exemple que certains étaient tentés d'ajouter une ligne à l'ordonnance comme ils le souhaitaient ou d'y mentionner la formule « à renouveler » afin d'éviter de revenir au cabinet au bout d'un mois. Dans l'esprit des patients ce système pourrait également incarner un moyen de contrôle rapide et efficace pour limiter les abus de demandes de la part des patients mais également un moyen de contrôler les médecins qui prescriraient au-delà des normes raisonnables.

E6 : « J'imagine qu'ils font tout ça pour la sécurité, pour pas que l'on puisse avoir l'ordonnance entre les mains et rajouter des choses en bas. »

E2 : « C'est vrai que vous devez en voir des gens qui trafiquent vos ordonnances. C'est comme tout on est obligé de passer par là pour que les gens n'abusent pas. »

E8 : « Vous aurez peut-être moins d'abus avec ce système parce que les gens se sentiront peut-être plus surveillés et arrêteront de demander des choses injustifiées à tout va. »

E12 : « Tout ça je pense que c'est aussi pour vous contrôler et donc faire des économies si les prescriptions ne sont pas justifiées ou abusives. »

E1 : « Je pense que grâce à ça vous pourrez regarder si le patient consulte à droite à gauche et ne fait pas le tour des médecins pour avoir ce qu'il veut. »

2.1.6 Une ordonnance lisible :

Nous avons pu découvrir que les patients y voyaient également un moyen de parvenir à « relire » leur ordonnance. Nous avons considéré cela comme un avantage important puisque ce critère est directement relié à l'observance et donc l'efficacité thérapeutique.

E20 : « Et bien écoutez moi le seul avantage que j'y vois c'est que je vais enfin réussir à relire ce que les docteurs m'écrivent. »

E27 : « C'est vrai que parfois on ne comprend pas ce que vous écrivez et il m'est arrivé de rappeler mon médecin pour ça car ni ma femme ni moi n'arrivions à déchiffrer l'ordonnance. »

E29 : « Il a dû y avoir des erreurs de prise parce que les gens relisaient mal leur ordonnance ? »

2.1.7 Un outil précieux pour la téléconsultation et l'isolement médical :

Enfin, quelques patients y voyaient un intérêt dans les régions touchées par la désertification médicale et en imaginaient donc un outil indispensable à cette pratique.

E12 : « Je pense que c'est indispensable de mettre en place un système comme celui-ci pour encadrer les téléconsultations. On le voit aux informations régulièrement c'est maintenant une réalité et je ne vois pas comment un tel système pourrait exister tout en restant à une ordonnance papier. »

E7 : « L'ordonnance pourrait plus facilement se balader grâce à internet et cela permettrait aux patients à distance d'obtenir des prescriptions en se rendant directement chez leur pharmacien. »

2.2 Réticences, craintes ou réserves :

Bien qu'inspirés pour reconnaître les avantages d'un tel projet, les patients ont également évoqué de nombreuses craintes et de réserves. Ces idées étaient majoritairement exprimées par une patientèle âgée ou non informatisée.

2.2.1 La disparition du format papier :

Tout d'abord, l'inconvénient le plus fréquemment évoqué était la possibilité de voir disparaître le papier en lui-même et donc de ne plus l'avoir systématiquement entre les mains. Paradoxalement certains patients avaient cité la même idée mais pour évoquer cela comme un avantage. Néanmoins, beaucoup de patients avaient du mal à s'imaginer qu'une prescription ne pourrait se faire sans papier.

E27 : « Le papier c'est rassurant, je l'ai et je sais où je le range, j'ai un dossier gros comme ça et je retrouve tout dedans tout est une question d'organisation mais moi je me sens rassuré d'avoir mes papiers. »

E11 : « Si je vais consulter un médecin, je peux lui rapporter mes ordonnances papier et il voit immédiatement ce qui a été prescrit avant. Vous savez je n'ai toujours pas de téléphone portable alors je ne comprends même pas comment une ordonnance peut se trouver à l'intérieur.»

E17 : « Je préfère encore payer un supplément et avoir mon papier. »

E25 : « J'ai l'impression que sous prétexte qu'on veut économiser du papier, on va se rajouter du coup des taches supplémentaires et se compliquer la vie alors que ça va très bien comme ça. »

2.2.2 Un changement d'automatisme et d'habitude :

Le terme « habitude » revenait régulièrement et certains patients souhaitaient en réalité uniquement rester fidèle à leur quotidien et craignaient de se retrouver perdus. D'autres ne pensaient pas que leur propre quotidien serait altéré mais se préoccupaient davantage des personnes âgées ou non informatisées qui verraient leurs habitudes modifiées. La notion de « peur pour les autres » revenait régulièrement dans le discours des patients.

E15 : « Je pense que si un tel système est mis en place cela va perturber beaucoup de monde. Je pense aux personnes âgées qui vont voir leurs habitudes chamboulées. Je crains que ça ne soit le bazar pour pas grand-chose. »

E8 : « En fait j'ai plus peur pour les autres. Pour moi personnellement si un système comme ça se met en place je n'y vois aucun problème mais je pense à tous ces papis et mamies à qui on va dire maintenant que le papier c'est terminé qu'ils repartiront avec un code barre, préparez-vous à des coups de téléphones et explications sur le sujet à mon avis. »

E1 : « C'est comme tous les changements, on les craint mais une fois que c'est là on y pense même plus des mois après. Pour la carte vitale je me souviens que mes parents ne comprenaient pas que les feuilles de maladies ne s'envoyaient plus alors que c'était en fait plus simple qu'auparavant mais même en leur réexpliquant, l'habitude était plus forte. Au début je pense que ça ne sera pas évident à comprendre pour tous.»

2.2.3 La crainte d'une défaillance du système informatique :

Il n'était pas étonnant non plus de retrouver des craintes quant à une défaillance du système informatique. Beaucoup de patients redoutaient des pannes informatiques, d'autres avaient dans l'idée qu'un tel système pourrait être piraté et exploité à mauvais escient.

E10 : « Docteur, le peu d'expérience que j'ai avec les ordinateurs c'est des pages bloquées, un ordinateur qui ne veut pas s'allumer. Alors il faut que ce soit fiable et stable sinon ce sera une calamité et une perte de temps au lieu d'en gagner. A mon âge on ne s'adapte plus... »

E21 : « Vous savez moi le pharmacien je le vois souvent se prendre la tête avec cet ordinateur, qui bloque, qui ne répond plus alors qu'il y a dix personnes qui attendent dans la pharmacie. Même avec le docteur que vous remplacez ici, je la vois s'énerver dessus aussi. Alors vous savez pour moi rien ne vaut un bon stylo et une feuille, là au moins on sait qu'on ne sera jamais en panne. »

E29 : « Il y aura forcément des bugs voire un plantage général comme on le voit pour la SNCF ou le site internet de la Sécurité Sociale et là je ne sais pas comment on pourra faire dans ces moments-là. Et comment fera t'on s'il y a une perte des données ? Tout sera perdu. »

E28 : « Je ne trouve pas que ce soit une bonne idée car, premièrement ça m'embête de dépendre de ces machines là et deuxièmement ça m'embête encore plus de ne pas comprendre tout ça. Comment une ordonnance peut être dans l'ordinateur du pharmacien sans avoir été imprimée, le fait de ne pas comprendre comment cela fonctionne je me sens dépassée, et ça me perturbe beaucoup. Tout est fait pour les jeunes. »

E1 : « Pour la sécurité je pense que ce n'est pas bien. Maintenant toutes nos informations sont sur internet, j'ai tapé mon nom sur Google une fois par curiosité et je suis tombé sur une page donnant mon âge et mon lieu de résidence alors que je ne me suis inscrit nulle part. On voit aussi tous ceux qui sont piratés par leur carte bleue, on arrive dans un monde où tout se balade par les ondes et je pense que c'est dangereux pour notre sécurité. »

2.2.4 Une traçabilité qui fait débat :

Le traçage informatique de données personnelles qu'engendrerait ce projet était aussi une idée qui préoccupait de nombreux patients. Certains reliaient ce malaise au fait de se sentir observés. N'importe quel médecin ou pharmacien peut avoir accès à ces ordonnances numérisées via le réseau et peut donc avoir accès à toutes les anciennes antérieures.

E24 : « Ça me dérange car je trouve que l'on piste de plus en plus les gens de partout. On sait maintenant où, quand, comment et à quelle heure nous sommes passés, je me sens tracké et j'ai un sentiment d'oppression que je vois grandir depuis des années avec tout ce développement de l'informatique et l'électronique. »

E9 : « Je suis désolé mais je n'ai pas forcément envie que tout médecin que je consulte sache que par exemple je dis une bêtise, je prends régulièrement du viagra ou bien que j'ai eu des hémorroïdes. »

2.2.5 L'absence de concertation des patients :

Enfin, beaucoup de patients se décrivaient surpris de l'imminence de l'application d'un tel projet et regrettaient le fait de ne pas s'être senti consultés.

E25 : « En fait c'est comme tout, ce sont des personnes très intelligentes dans des bureaux qui font la loi mais on ne nous demande jamais notre avis sur la question. »

E4 : « Je suis étonné qu'une évolution prévue ainsi n'ait pas fait davantage de bruit et qu'il n'y ait pas eu de consultation des patients au préalable, ou peut être y'en a-t-il eu une ? »

2.3 Problématiques évoquées par les patients quant à l'application dans la vie quotidienne de l'ordonnance électronique :

Après avoir suscité la réflexion chez les patients au sujet des avantages et inconvénients de ce processus, nous avons pensé qu'il serait intéressant de les questionner à propos des zones d'ombres qu'il restait pour eux à éclaircir pour que le projet soit applicable.

2.3.1 Possibilité d'obtention d'une fiche de traitement en format papier :

La réponse qui revenait systématiquement à cette question était celle de la possibilité d'obtenir une fiche de traitement imprimée par le médecin ou le pharmacien avec les spécialités et les posologies écrites pour une meilleure observance des patients. Même si cette fiche ne permettrait pas de retirer les médicaments en pharmacie.

E27 : « Une copie de prescription papier pourquoi pas de petite taille pour économiser du papier oui, mais pour moi ce sera indispensable, encore que s'il y a un seul et unique médicament à prendre ce n'est pas trop compliqué mais dès qu'il y en a plusieurs on regarde systématiquement sur le papier de l'ordonnance et je ne pense pas que tout le monde aujourd'hui en France sache aller consulter un document sur un ordinateur. »

E17 : « Pour des personnes comme moi qui ne savent pas utiliser l'ordinateur, je serai bien obligé d'avoir un papier qui dit quoi prendre et comment ? »

E11 : « Personnellement cela ne me dérange pas si c'est pour le renouvellement de tous les mois car je le connais par cœur. Mais pour tout ce qui est des nouveaux médicaments j'ai bien besoin de savoir ce que je dois prendre et donc comment faire sans papier. Aujourd'hui on nous oblige à se brancher à internet, c'est ça que je regrette car nous ne l'avons toujours pas à la maison. »

2.3.2 Que faire si la carte vitale est perdue ou défectueuse ? :

Autre préoccupation des patients revenant parfois dans la discussion :« Comment pourrions nous procéder si la carte vitale du patient est perdue ? Celle-ci étant sensée contenir l'ordonnance électronique.

E6 : « C'est peut-être bête comme remarque mais comment on va faire si on perd notre carte vitale et que c'est elle qui contient les ordonnances ? »

E15 « J'ai de gros problèmes à faire refaire ma carte vitale, j'ai fait la demande il y a un mois et je ne l'ai toujours pas. Enfin bref, comment auriez-vous pu me prescrire quelque chose aujourd'hui par exemple sans la carte ? »

2.3.3 Qu'en sera-t-il lors d'une visite à domicile ?

Il était intéressant de noter que les réponses différaient selon que l'entretien se déroulait au cabinet ou bien en visite à domicile. Et une question a été mis en avant par les patients interrogés à domicile. Comment une ordonnance électronique pourrait-elle être créée à domicile puisque l'ordinateur et le logiciel du médecin capable de générer la prescription électronique et le code barre se trouvent au cabinet ?

E11 : « Il est arrivé parfois que le docteur vienne me voir à la maison, et comment va-t-il faire à ce moment-là ? »

E10 « Vous pensez que par exemple à domicile vous allez pouvoir continuer à prescrire sur votre carnet d'ordonnance quand même ? »

2.3.4 Comment archiver autant de données informatiques aujourd'hui et à quel coût ?

La conservation (et son coût) de données informatiques ainsi que la formation des médecins étaient également une préoccupation des patients.

E25 : « Et dites-moi, ça va nous couter combien encore cette histoire-là ? Quand je dis "nous", c'est le contribuable bien sûr. »

E8 « Si toutes les ordonnances comme vous dites sont enregistrées sur un serveur, comment est-ce possible de garder enregistrés autant de choses ? Et je me pose également la question car il faudra en plus des sauvegardes au cas où un serveur saute, il faudra toujours une copie de tout ça de côté, et je ne sais pas si la sécurité sociale est capable de tout ça.»

E18 : « J'imagine que vous allez être formés pour ce nouveau programme. On peut se demander comment tous les praticiens pourront recevoir une formation alors que vous êtes censés être au cabinet toute la semaine. »

2.4 Degré d'adoption des patients quant à l'e-prescription :

Enfin l'entretien se ponctuait d'une simple question : « Etes-vous favorable à l'instauration d'une prescription électronique et notamment sous la forme du zéro papier ? ». Cette question était l'occasion de faire « trancher » le patient définitivement d'un côté ou de l'autre après avoir murement réfléchi à la question de manière éclairée. La question n'étant pas ouverte, un simple « oui » ou « non » était retenu, les justifications qui pouvaient s'en suivre n'étaient logiquement que répétition de ce qui avait été cité un peu plus tôt. Nous avons ainsi pu relever dix-neuf avis favorables contre treize réticents.

3. Données qualitatives : Evaluation du degré d'information du patient à propos de la prescription électronique. (Objectif secondaire) :

3.1 Connaissance ou rencontre antérieure à l'entretien avec le terme « prescription électronique » (voir plus précisément avec le projet PEM2D) :

Les termes « prescription électronique » ou « ordonnance électronique » se révélaient inconnus pour la grande majorité des patients interrogés. Que ce soit au travers de journaux télévisés, radio ou bien via la presse écrite. Seuls quelques patients de niveau socio-économique élevé étaient informés du projet en vigueur. A noter que les patients issus du milieu médical ou paramédical n'étaient pas davantage informés que les patients exerçant dans un autre domaine d'activité.

E4 : « Non je n'en ai jamais entendu parler, je lis pourtant le journal tous les jours et je suis devant les informations midi et soir. »

E7 : « Je suis étonné d'apprendre qu'un tel projet est en cours d'étude car je discute beaucoup avec mon pharmacien et moi-même étant issu de profession médicale je n'ai jamais reçu d'information à ce sujet. »

E10 : « Oui j'ai déjà entendu ce terme. Ils en ont parlé il y a plusieurs mois déjà dans le « journal de la santé » sur la 5 un midi. Ils ont parlé du code barre ou « QR Code » Mais c'est comme tout ce qu'on entend qui devrait arriver prochainement on ne sait pas si ça va vraiment se faire alors on finit par oublier »

3.2 Le projet était-il envisageable pour les patients ?

Cette question revenait globalement affirmative. La plupart des participants semblaient avoir déjà réfléchi à la question d'une ordonnance sans papier. La justification la plus fréquente était qu'avec les nouvelles technologies tout tendait à s'informatiser et que donc la santé n'y échapperait pas.

E5 : « Oui je m'en doutais ou en tout cas je ne suis pas surpris. J'utilise régulièrement des applications smartphone pour envoyer des mails ou réaliser des choses que je faisais auparavant uniquement par papier donc pourquoi pas intégrer un système similaire pour les ordonnances. Je me suis d'ailleurs déjà posé la question de s'il était possible d'utiliser une ordonnance reçue par mail ou fax »

E11 : « Malheureusement cela ne m'étonne pas, quand on voit qu'on doit maintenant remplir ses impôts sur internet et qu'il n'y a plus de vendeur au guichet de la gare SNCF on se doute bien qu'ils vont étendre ça à la santé »

E14 : « Moi qui suis un peu le mouvement écologiste, je réfléchis toujours à tout ce papier utilisé et je me dis qu'on a de gros progrès à faire là-dessus, donc cela ne m'étonne pas avec toutes les tendances écolo émergentes. »

E8 : « Cette nouveauté ne m'étonne pas car j'ai déjà entendu parler du dossier médical partagé et donc c'est dans la même lignée. »

3.3 Curiosité du patient quant au projet de dématérialisation de l'ordonnance :

Les patients s'avéraient très partagés sur cette question. Certains semblaient avoir déjà un avis tranché sur le sujet et paraissaient décidés d'ores et déjà à en rejeter tout intérêt. Les autres se montraient curieux d'en savoir davantage et de préciser la question.

E17 : « Non pas du tout, je ne sais même pas allumer un ordinateur alors tout ça vous savez ça me dépasse et ne m'intéresse absolument pas. Sans ordinateur maintenant on ne sait plus rien faire »

E14 : « Oui je pense qu'un système comme celui-ci serait intéressant vu la tournure de la société au tout numérique et au traçage, c'est complètement dans la tendance actuelle. »

E18 : « Oui je trouve que c'est intéressant parce que on va avoir une vraie différence d'opinion et d'adaptation selon les générations. »

DISCUSSION

1. Discussion de la méthode :

1.1 Avantages de la méthode d'étude :

Comme nous l'avons expliqué en introduction, les données disponibles dans la littérature à ce sujet sont rares et n'ont pas encore étudié le ressenti du patient. Celles-ci se penchaient uniquement sur l'expérience des professionnels de santé comme par exemple dans les études américaines *menées par L.Warholak et BPharm*(8) » ou encore l'étude de Denis Lebel et Jean-François Buissières pour le « *Journal of pediatric surgery* »(7) ou bien uniquement chez le patient âgé de 50 ans et plus (12). Par ailleurs ces études ont été réalisées à l'étranger (essentiellement aux Etats-Unis et au Canada).

Le choix de réaliser cette étude via une enquête qualitative est donc judicieux dans le sens où il nous a ainsi permis de retranscrire le ressenti d'un panel de patients très diversifié, notamment en termes de profession, milieu socio-économique, lieu de résidence et d'âge. Nous tenions à ce qu'aucune catégorie de patients concernée par le sujet ne soit oubliée ou exclue et cette méthode nous le permettait. Chaque réponse était jugée à une même valeur par rapport aux autres.

En ce qui concerne le déroulement des entretiens, nous avons décidé de réaliser ceux-ci de manière individuelle et semi dirigée. Il aurait été possible de travailler en focus groupes mais il était difficile en pratique de réunir plusieurs patients à une même heure à un endroit donné. De plus nous tenions à éviter un possible effet de groupe (domination de groupe), source parfois de blocage où le patient peut être inhibé pour exprimer certaines idées. (Comme le décrivent les références de Pope C, Ziebland S, Mays N. (21) ou ThibeaultE.(22).)

1.2 Inconvénients et biais engendrés par notre méthode :

1.2.1 Biais de sélection :

Les patients interrogés ont été recrutés par l'investigateur parfois par connaissance (patients revenant régulièrement au cabinet et avec qui le lien est peut-être davantage établi). Ceci pouvait être source de biais car il s'agissait donc d'un échantillon raisonné. Les personnes non interrogées constituaient peut-être une catégorie de population non identifiée par l'investigateur et potentiellement source de réponses supplémentaires à notre sujet.

Notre méthode ne faisait aucunement appel à une randomisation et les patients inclus étaient comme nous l'avons dit choisis par l'investigateur. Ainsi ces derniers ne reflètent pas en terme proportionnel la population générale. Une étude randomisée aurait inévitablement nécessité beaucoup plus de sujets pour obtenir un panel de patients aussi diversifié. Cependant cela ne nous

semblait pas véritablement un point négatif puisque l'objectif de notre travail qualitatif était d'évaluer le ressenti des patients. Il nous semblait plus important de décrire celui-ci et non de recueillir uniquement les plus fréquents des profils ou de traduire leur proportion exacte dans la patientèle de médecine générale.

1.2.2 Biais liés à l'analyse des données :

Les données ont été extraites sous forme de verbatim à partir des enregistrements puis le codage a été réalisé par l'investigateur lui-même. Ce codage est donc directement lié à l'interprétation de l'investigateur. La présence d'un observateur aurait par exemple été plus objective mais cela était difficilement organisable en pratique au cabinet car les entretiens étaient lancés de manière aléatoire et selon les disponibilités du planning.

2. Discussion des résultats :

2.1 L'E-prescription, une évidence logique pour le patient de demain :

2.1.1 La numérisation du médical, une offre et une demande en plein essor :

Nous vivons actuellement une révolution numérique en tous plans. En effet, une récente étude auprès d'un échantillon de deux mille trois français, (l'Enquête réalisée par Deloitte « Global Mobile Consumer Survey » réalisée en 2016 en France) (24) affirme que 77% des Français possédaient un smartphone. Pour le reste, 57% des Français interrogés possèdent un ordinateur et 53 % une tablette. Toujours d'après cette étude, les Français consulteraient en moyenne vingt-sept fois leur smartphone par jour et ce serait deux fois plus chez les jeunes de 18 à 24 ans. Ces résultats démontrent la place croissante dans notre quotidien de l'informatique et de ces outils numériques.

La santé n'échappe pas à cette tendance et les Français sont aussi désormais « connectés » lorsqu'il s'agit de leur santé. En effet, une étude Opinionway par Frederic Micheau(1) a mesuré qu'un Français sur quatre prendrait rendez-vous chez le médecin via une plateforme sur Internet. Mais on notera surtout l'impressionnante vague d'applications médicales florissant au sein des smartphones français ces dernières années qui font que ceux-ci incarnent désormais un véritable carnet de santé numérique pour certains (et encore plus depuis que le DMP est accessible depuis de tels objets connectés). En effet plusieurs études publiées en 2013 (*Travail de Catherine Cerisey« A la recherche du ePatient »(25) ou « le baromètre annuel Vidal sur les médecins utilisateurs de smartphone en France » par la rédaction de Vidal.fr(26)*) permettent d'avoir quelques données sur la santé mobile en France.

Ainsi on a recensé plus de sept millions de téléchargement d'application de santé dont un tiers sont destinées au suivi ou à la gestion de maladie. Ce nouveau service de santé a d'ailleurs précipité la création des « *Trophées de la santé mobile* » témoignant de l'intérêt et l'enjeu de tels

outils pour le patient mais aussi pour le médecin. Par exemple en 2017 ont été récompensées les applications « *Mye Report* » (application permettant de relever et transmettre des effets indésirables d'un médicament.), « *Novi Check* » (application d'éducation et sensibilisation au diabète) ou encore « *Mon Coach douleur* » destiné au relevé de la douleur pour les patients atteints de cancer.

En France, comme expliqué en Annexe n°1, la seule alternative actuelle à l'ordonnance papier s'avère être la transmission par mail / fax d'une ordonnance (en respectant bien sûr les critères susmentionnés.) Cette situation est fréquente en médecine générale et la transmission par mail / fax n'est pas une référence en matière de rapidité et de sécurité pour le médecin et le patient. L'analyse de nos premiers résultats a vite démontré que de nombreux patients se déclarent intéressés par la prescription électronique pour remédier notamment à ce type de situation.

Bien conscients de ce principe, certaines alternatives (gratuites ou payantes) se démocratisent peu à peu dans l'attente d'une réelle interface mise à en place par l'Assurance Maladie.

Par exemple, plusieurs applications pour smartphones et tablettes comme « *Doctipharma* » proposent depuis l'année dernière un service de transmission d'ordonnances aux pharmacies via smartphone (Android et iOS). Le principe est qu'à la fin de sa consultation chez le médecin, le patient photographie son ordonnance avec son smartphone et la fait parvenir de manière sécurisée et via le réseau Internet au pharmacien. Celui-ci prépare alors la prescription et notifie sa validation à l'utilisateur. Le patient n'a donc plus qu'à passer en pharmacie pour récupérer sa commande une fois disponible.

« L'application simplifie la préparation des commandes avec, à la clé, un gain de temps pour le patient ainsi que le pharmacien », expliquent les concepteurs. Et il n'est plus nécessaire de repasser plusieurs fois en pharmacie pour obtenir enfin le produit manquant. L'utilisateur peut se géolocaliser et trouver l'officine la plus proche. Un système de messagerie lui permet également d'entrer directement en contact avec son pharmacien, et de maintenir ainsi une relation de proximité. Ce nouveau système de transmission est plutôt un succès puisqu'en un an plus de deux mille pharmacies l'ont déjà adopté témoignant d'une demande toujours plus croissante des patients en termes de numérisation de leur santé.

On s'aperçoit donc au vu de l'existence et du succès de tous ces outils numériques que l'offre en matière de santé numérique mais surtout que la demande du patient « connecté » est bien réelle et en pleine expansion. Il est désormais légitime que l'assurance maladie entame sa numérisation en ce qui concerne la prescription médicale en elle-même, qui rappelons-le finalise 78% des consultations de médecine générale (d'après Sophie Martos pour une enquête de la Société Française de Médecine Générale) (27).

2.1.2 Les patients identifient désormais clairement les avantages et le potentiel du numérique sur la prescription médicamenteuse :

Ce travail a permis de confirmer que les patients saisissent globalement les enjeux d'une dématérialisation de l'ordonnance. En effet, ils ont été capables d'identifier de nombreux avantages de ce projet.

I) L'aspect environnemental :

Il ne se passe pas une semaine sans que des spécialistes du climat nous interpellent quant aux dangers croissants et pressants de l'activité humaine sur la planète. (Les effets dévastateurs du changement climatique, la désertification, la déforestation). D'après l'étude de Sophie Martos « Comment travaillent les médecins généralistes » en 2017 (27) sur vingt mille médecins, le nombre de consultations moyen par jour pour un médecin généraliste français est de vingt-deux. Sachant que 80% des consultations se soldent par une ordonnance médicamenteuse cela représente sur l'année plus de cinq milles deux cent feuilles de papier consacrées uniquement à la prescription médicamenteuse (hors prescription d'examens complémentaires, certificats médicaux ou autres documents papier). Pour se donner un ordre d'idée, le site Internet « Planetoscope.com »(43) permet de rapidement calculer qu'il faut un arbre de taille moyenne pour produire quinze mille feuilles de papier A4. Sans parler de la consommation des cartouches d'encre, l'ordonnance numérique permettrait de mettre fin à cette consommation aujourd'hui excessive voire inutile.

II) La sécurité :

L'ordonnance falsifiée est une réalité. Reproduite sur un ordinateur ou sur un carnet dérobé chez un médecin, leur nombre est difficilement estimable et il n'existe pas de chiffre officiel mesurant en France ce phénomène. Mais l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publiques (HSEP)(32) estime leur nombre à environ trente-huit mille par an. De plus, d'après l'étude de M. Lapeyre et E Jouanjus (28) réalisée en 2017, on sait que les ordonnances de tous types sont concernées (ordonnances simples 33%, sécurisées 13%, Bizones 10% et hospitalières 6%) et qu'en première position des produits prescrits arrive le zolpidem, suivi du tramadol et de l'alprazolam. L'ordonnance numérique étant créée et mémorisée sur un réseau spécifique et sécurisé, elle ne peut pas être modifiée ou encore envoyée sur des canaux non sécurisés comme le fax. Il n'est plus possible de frauder en photocopiant ou modifiant l'ordonnance afin d'obtenir plusieurs fois le même traitement médical, car la pharmacie reçoit une unique ordonnance digitale, propre à une unique prescription, et le QR-Code une fois scanné permet de savoir si le patient a déjà retiré son traitement, de savoir qui lui a prescrit et quand. L'ordonnance étant un élément confidentiel et personnel, celle-ci mérite bien une mesure de sécurité en accord avec son importance et les patients ont bien su dégager ce point déterminant que vise l'Assurance Maladie.

III) Une alternative pratique :

C'est important également, les patients ont su relever la simplicité du processus. L'ordonnance numérique simplifierait la vie de ceux qui interviennent dans la remise de médicaments aux patients. Les pharmaciens n'auraient plus à opérer une seconde saisie informatique de toute l'ordonnance, et dans certains cas, auraient directement accès à la posologie exacte ce qui constituerait un gain de temps dans l'attente en officine. Car d'après Anna O'Boyle, manager du laboratoire L'Oreal Cosmétique (31), 15% des français seraient très insatisfaits du temps d'attente en officine, et 13% choisiraient leur pharmacie en fonction du temps d'attente au guichet.

De plus, si des produits ne sont plus fabriqués ou sont en rupture de stock dans la pharmacie, le prescripteur pourrait en être informé en direct, lui permettant d'adapter son ordonnance sans coup de téléphone ou perte de temps mais directement dans son logiciel. Cette pratique apporterait donc un plus concernant la communication entre professionnels de santé et officine, quand on sait que d'après l'enquête de l'institut Satispharma« Avenir Pharmacie –Opinionway2017 » (30) 92% des patients et 98% des pharmaciens sont convaincus par la nécessité d'une bonne communication officine – Professionnels de santé. La moitié des pharmaciens interrogés avouent néanmoins qu'il n'est pas facile de joindre un professionnel de santé lorsque le patient est en officine pour par exemple un produit manquant.

IV) Au sujet de la téléconsultation :

Pour les patients en téléconsultation (ou même en téléconsultation dans le cadre d'une hospitalisation à domicile), l'ordonnance numérique est pratique et permettrait un gain de temps significatif aux patients ou encore aux soignants qui n'auraient alors pas à dégager du temps pour aller chercher la prescription papier en cabinet puis le traitement en pharmacie, tout ce circuit pourrait ainsi être complètement simplifié. Le patient n'aurait plus besoin de se déplacer physiquement ou de solliciter un proche pour obtenir ses médicaments. En Suède par exemple, la prescription dématérialisée est en place depuis 30 ans et une permanence téléphonique est disponible 24H/24 permettant d'obtenir des renseignements médicaux voir une prescription médicale qui est alors transmise automatiquement au pharmacien habituel du patient. Celui-ci n'a alors plus qu'à se rendre à son officine (à noter que ce service propose également un système de livraison à domicile). Un rapport de 2014 publié par Matt Evans, Daniel Gruber et Per Skoglund pour Jonkoping Business School (29) faisait d'ailleurs mention du succès de cette pratique.

V) Un document toujours disponible :

Les patients ont compris également que leur ordonnance pourrait être via ce système toujours présente dans leur smartphone ou leur ordinateur et ainsi être visualisée ou reproduite et réimprimée autant de fois que nécessaire, elle ne disparaîtrait pas parmi les papiers administratifs.

En France aucun chiffre officiel n'est disponible au sujet de la quantité d'ordonnances égarées mais on peut faire un rapprochement avec le Canada qui d'après un sondage mené en 2018 par Bobby Gheorghiu pour Inforoute Santé Canada (35) rapporte que 14% des sujets interrogés ont déjà perdu une ordonnance, et fait intéressant, 17% de ces mêmes sujets se sont alors passés du médicament qui leur avait été prescrit. Cette même étude est allée jusqu'à calculer les frais de productivité, frais de déplacement et coûts annexes engendrés par ces pertes et l'addition pourrait s'élever à trente-cinq millions de dollars dans un pays comme le Canada. L'ordonnance électronique permettrait d'archiver celle-ci et d'effacer ce phénomène.

VI) La disparition de l'ordonnance manuscrite non conforme :

Enfin, l'ordonnance numérique est lisible... Quand on sait l'importance de l'observance dans le succès d'un traitement ou encore en ce qui concerne la survenue d'effets indésirables, l'ordonnance informatique apparaît comme indispensable. Ce phénomène n'est pas anecdotique puisqu'une étude Suisse réalisée par Pharmacopro.ch à « l'Hôpital de l'Île » à Berne en 2006 (33) avait objectivé que sur cent soixante-cinq ordonnances 2% seulement étaient bien lisibles, 42% l'écriture était jugée moyenne, pour 52% celle-ci était mauvaise et 4% étaient illisibles. L'agence Nationale du Médicament a également identifié plus de cent duos de produits dont l'écriture manuscrite peut être confondue. (Exemple Permixon et Previscan, un anticoagulant pouvant alors provoquer des hémorragies alors qu'initialement un médicament pour l'hypertrophie bénigne de prostate était prescrit.)

On pourrait également citer les autres lacunes de l'ordonnance manuscrite qui disparaîtraient avec un tel système : l'absence de date, l'oubli d'identification du prescripteur ou encore la conformité en dénomination commune internationale qui rappelons-le est obligatoire depuis 2015. Une enquête de Stéphanie Letellier pour UFC que choisir (34) réalisée en 2016 a démontré que sur deux mille deux cent soixante-dix-neuf médicaments prescrits seulement 13% étaient inscrits en Dénomination Commune Internationale (DCI). 57% des ordonnances ne mentionnaient aucun produit en DCI.

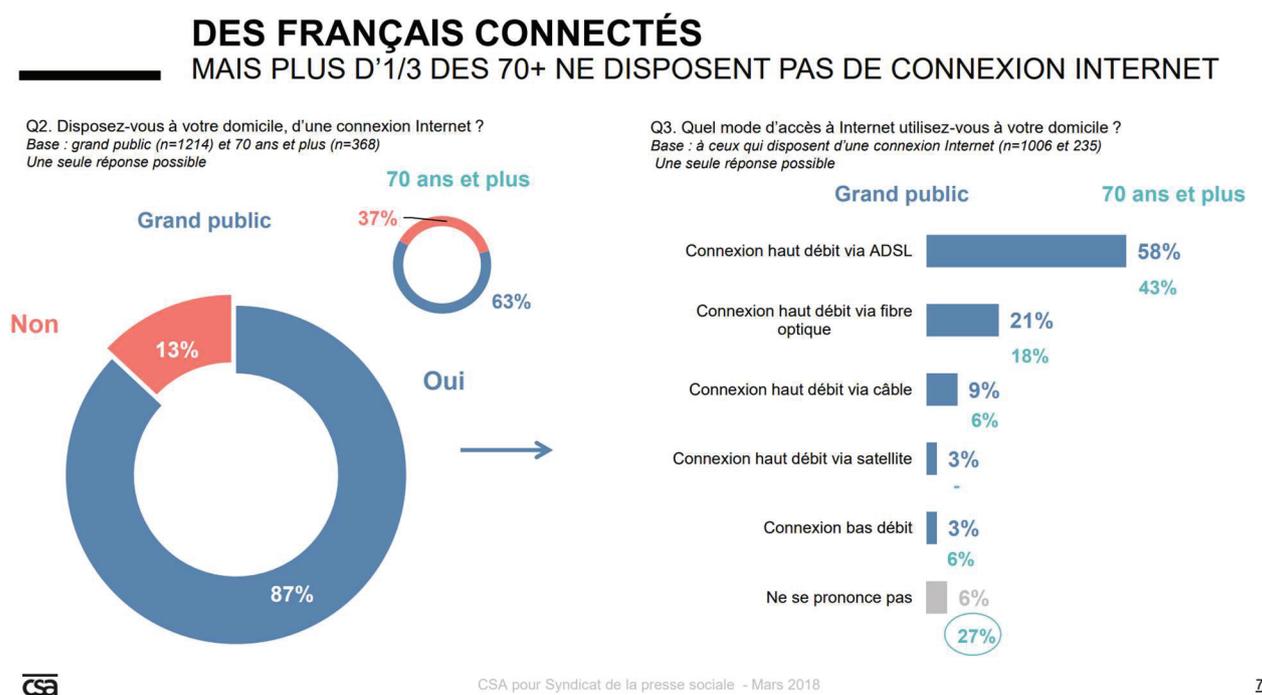
Au vu de ces avantages identifiés par les patients lors de notre étude et de l'évolution de notre société, il est donc prévisible que l'ordonnance électronique devienne une réalité en France.

2.2 Ordonnance zéro papier ? Encore faut-il être « éligible » au numérique :

2.2.1 « L'illectronisme », une réalité :

En France, d'après une étude du Comité Supérieur de l'Audiovisuel (CSA) (37), un peu plus d'un quart des français ne serait pas à l'aise avec le numérique. On parle d'ailleurs « d'illectronisme », terme choisi par le CSA pour caractériser la difficulté à utiliser le numérique au sens large. C'est un phénomène touchant d'après ces dernières évaluations, environ 23% des Français et ce sont les plus de 70 ans qui sont davantage touchés par ce phénomène. En effet ces derniers reconnaissent à 58% ne pas être à l'aise avec le numérique, et ils sont même 33% à ne disposer d'aucun outil numérique (que ce soit ordinateur, smartphone ou tablette) contre 11% du reste de la population étudiée. Quant à une utilisation d'Internet, ils sont encore 41% à ne jamais l'utiliser et 37% ne dispose pas d'un abonnement.

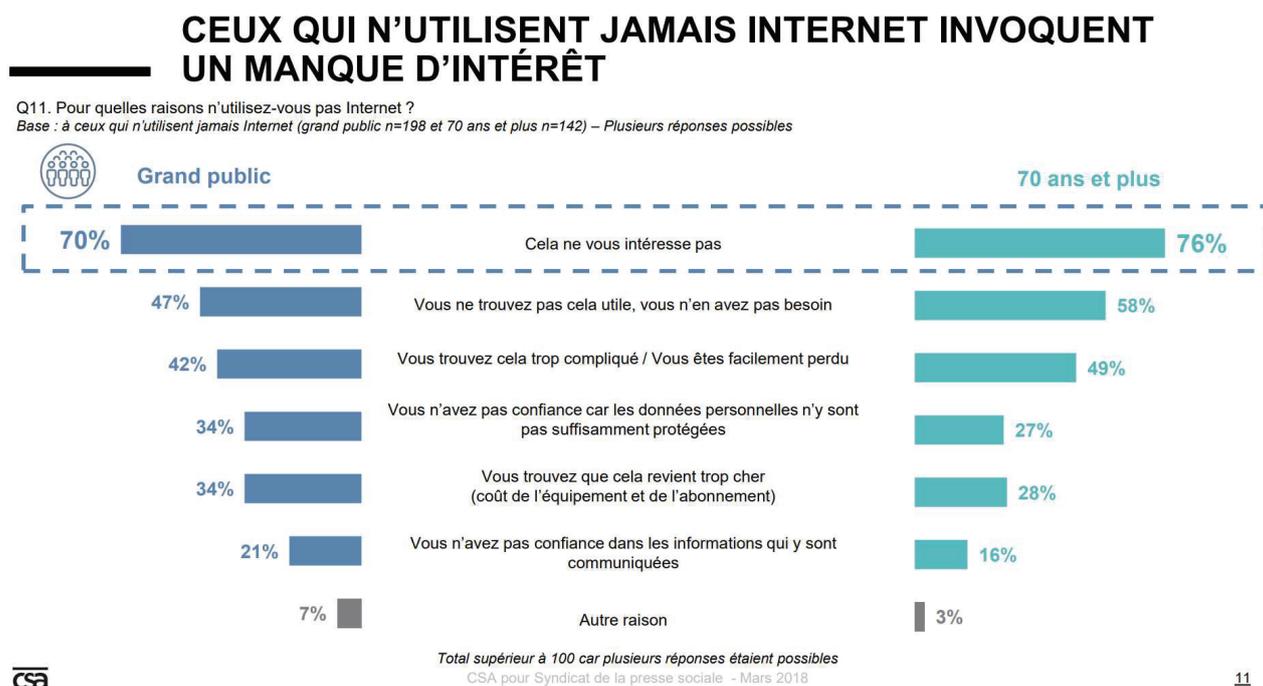
FIGURE 6 :



Plus intéressant encore, les « abandonnistes », autre phénomène cette fois illustrant les personnes ayant déjà renoncé à une tâche administrative parce qu'elle recourrait l'utilisation du numérique. Leur proportion s'élèverait à 19% toutes catégories de la population Française confondues. Cet autre extrait de l'étude du CSA « L'illectronisme en France – 2018 » (37) montre clairement que les 70 ans et plus sont massivement concernés avec 49% estimant ne jamais utiliser Internet car ils « trouvent cela trop compliqué » et 76% n'y sont tout simplement pas intéressés ou

ne souhaite pas « dépendre » de l'informatique. Il faut dire que le numérique n'est pas intégré dans le quotidien de chacun et l'omniprésence de celui-ci dans les médias et désormais dans l'administration peut être relié à un sentiment d'intrusion et d'imposition. Ce ressenti peut déboucher sur un phénomène de rejet de ces outils clairement identifiés lors de nos entretiens où le patient exprimait le sentiment d'être « oublié » et non concerté.

FIGURE 7 :



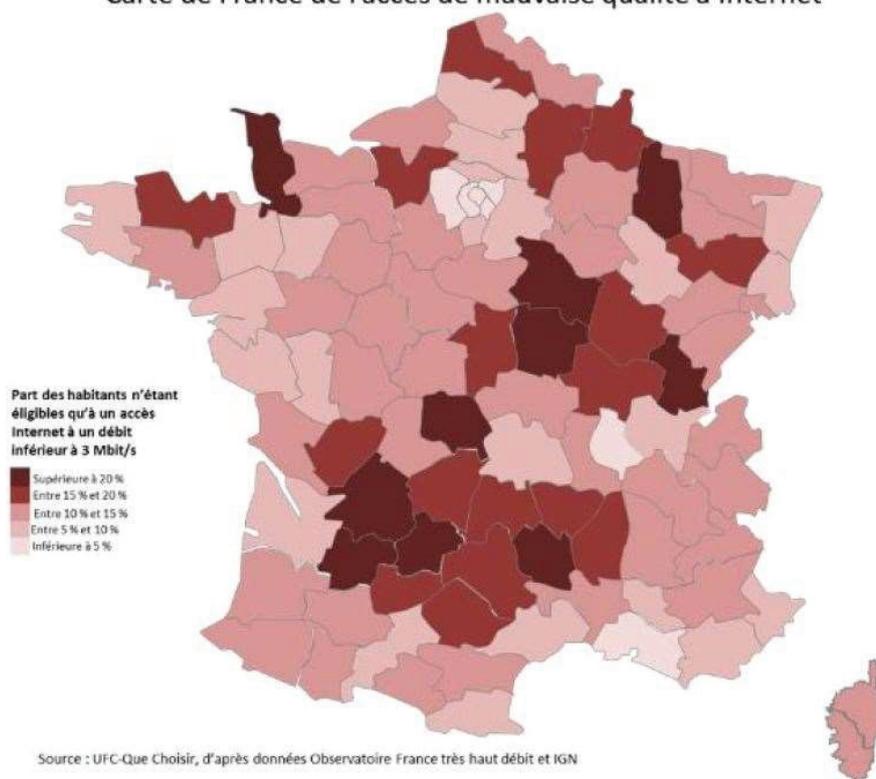
Notre étude a objectivé ce phénomène puisque les craintes exprimées sur ce projet furent très largement de l'ordre de « l'illectronisme ». La patientèle de médecine générale étant plus composée de personnes âgées.

2.2.2 Un réseau informatique loin d'être à la hauteur du projet :

Un autre aspect d'une telle mesure, c'est l'existence encore à ce jour de territoires situés en « zones blanches » de réseau, cela signifie que ces territoires ne sont toujours desservis par aucun opérateur internet ou mobile en 2019. Cela concernerait aujourd'hui cinq cent quarante et une communes et près de cinq cent mille Français d'après une enquête de Nicolas Raffin (39) et plus largement six millions huit cent mille personnes sont encore privées « d'un accès de qualité minimale à Internet (soit 3Mbps) ».

FIGURE 8 :

Carte de France de l'accès de mauvaise qualité à Internet



Tout ce processus repose via le réseau Internet qui joue un rôle d'interface pouvant transporter et partager l'ordonnance numérique au patient et autres acteurs du circuit du médicament. Comment cette ordonnance pourra-t-elle transiter s'il n'y a pas de réseau internet ADSL ou mobile ? La téléconsultation sera d'ailleurs impactée de la même manière par cette contrainte et on peut donc identifier un triste parallèle entre désertification médicale et désertification numérique (« zone blanches » de réseau) rendant le patient isolé numériquement mais également isolé médicalement si la santé tend à dépendre du numérique. Si les autorités de santé visent réellement un objectif zéro papier, une couverture globale en réseau sera indispensable afin de ne pas discriminer les patients isolés et leur garantir un accès aux soins équitable. Pour cela, le gouvernement français a débloqué une enveloppe de six cent vingt millions d'euros mais l'enquête du service d'étude UFC Que Choisir « Qualité de l'Internet Fixe – 2019 » (42) sur le déploiement du très haut débit réalisée en Mars 2019 calcule qu'au rythme de déploiement actuel, la totalité des Français seraient raccordée seulement en 2029.

2.3 Le numérique facteur d'exclusion :

« L'illectronisme » et la non éligibilité au numérique entraînent un phénomène d'exclusion sociale. La recherche d'emploi par exemple et la formation professionnelle pour lesquelles il est maintenant nécessaire de s'inscrire en ligne même si l'on se rend dans un établissement de Pole Emploi. Sans numérique, il est également impossible d'avoir accès aux droits sociaux par le biais de la Caisse d'Allocation Familiale (CAF). Sans numérique il est quasiment impossible d'acheter un billet de train, et encore moins d'avion. La communication avec les autres s'est aussi retrouvée absorbée

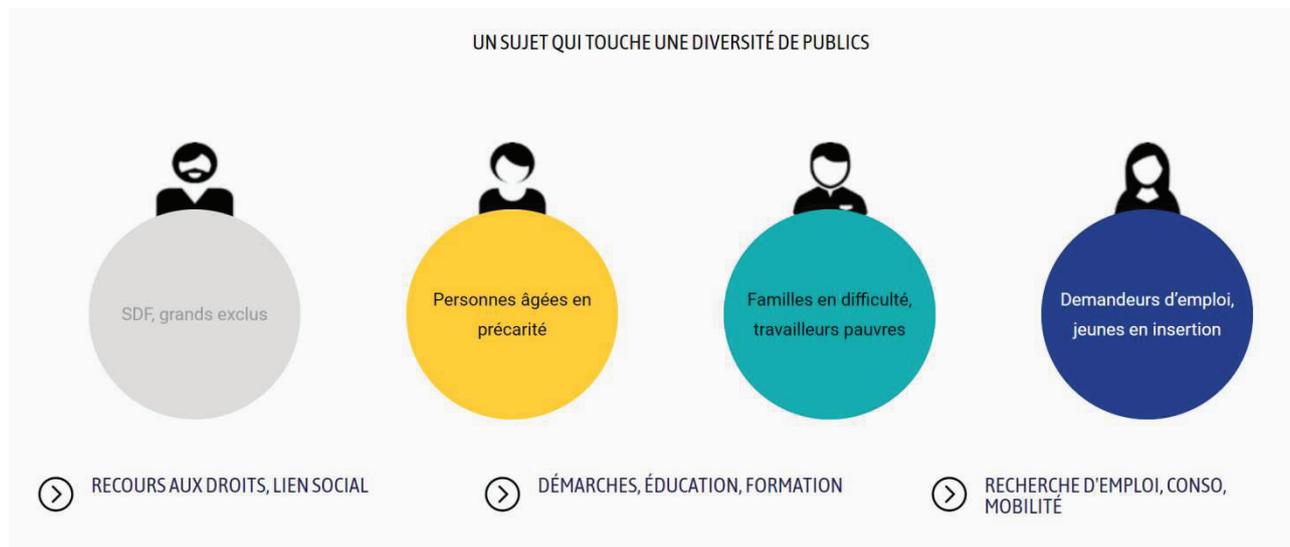
par ce phénomène (dépendance aux courriels et aux réseaux sociaux), mais aussi dans l'accès à l'information en ligne (culturelle, sportive, journaux, voyage...). D'après Emmaüs (voir site Emmaus-connect.org) (40), menant des actions d'insertion numérique, les premiers touchés par cette dépendance sont les sans-abri suivis des personnes âgées en précarité puis les familles en difficulté et les travailleurs pauvres. Enfin les jeunes en insertion ou sans emploi sont eux aussi en grande difficulté dans ce nouveau mode de vie. Ajouter la santé à ces domaines risquerait d'isoler médicalement certains patients et d'apporter un service différent selon la classe socio-économique dans un pays comme la France qui se fonde notamment sur le principe d'Égalité.

FIGURE 9 :

(Diapositives Emmaus-Connect – « Faire du numérique une chance pour tous » 2019)



FIGURE 10 :



2.4 A propos du secret médical et de la sécurité réelle des données :

Les patients interrogés ont également abordé la question du secret médical, et leur question était de savoir si celui-ci est encore garanti avec le « tout numérique » ? Il faut noter qu'en 2015 déjà l'une des causes du retard à l'instauration de ce projet de numérisation des prescriptions était le manque de sécurité des données. De nouvelles mesures et investissements (voir plan Santé 2018) (3) ont été réalisés à la fois pour sécuriser convenablement le DMP qui vient d'être rendu disponible en France mais également la future numérisation des prescriptions. Un peu à l'image du DMP, toutes

les informations et ordonnances consultées seront horodatées. Il sera donc possible de savoir quand l'ordonnance électronique aura été consultée et utilisée. Le patient pourra par exemple savoir si quelqu'un d'autre que lui a déjà consulté sa prescription.

Quant au piratage informatique, il reste dans les esprits des patients comme nous avons pu le voir lors de nos entretiens. Il est en fait une réalité dans notre société actuelle puisque par exemple le 5 février 2016 aux Etats-Unis le célèbre établissement Hollywood Presbyterian Medical Center a été pris en otage informatiquement contre une rançon de 3.2 millions d'euros suivi le 25 février d'une cyberattaque concernant l'hôpital de York (Maine, USA) épisode lors duquel il y avait eu divulgation de données personnelles d'employés de l'hôpital. En France, une telle transparence n'est pas de mise et il est difficile de connaître réellement les moyens de sécurité mis en œuvre. Mais on sait d'après une enquête de Nathalie Devillier pour *Nouvel Obs* en 2016 (41) que nos mille hôpitaux comptent à peine cinquante responsables de la sécurité des informations médicales.

2.5 Des conséquences sur l'observance ? :

Au vu de ces réticences révélées par notre étude, l'ordonnance « zéro papier » semble donc difficilement envisageable en tant que tel, particulièrement pour certaines tranches de la population détaillées ci-dessus. En effet, comment expliquer en pratique à ces patients qu'une prescription ne sera plus remise en main propre mais qu'elle pourra être imprimée à domicile ou bien conservée dans un smartphone alors que ces derniers ne possèdent pas d'outils numériques ou encore le savoir nécessaire à leur utilisation ? Comment promouvoir ce système alors que le réseau n'est pas encore prêt pour l'accueillir partout en France ? Le risque d'une telle généralisation risque de diminuer l'observance et d'impacter leur santé et qualité des soins. On sait d'après l'étude de Nicolas Raffin pour l'institut UFC Que Choisir (38) que les seniors sont déjà les plus touchés par l'inobservance. En effet, les facteurs de risques principaux en sont la longueur de leur ordonnance, la présence de troubles cognitifs ou encore le manque de conviction des patients sur l'efficacité du traitement.

Un nombre significatif d'études étrangères montrent cependant le contraire comme par exemple le travail de Loren.J Schleiden » (12) qui a démontré que les patients interrogés préfèrent à posteriori l'ordonnance électronique à l'ordonnance papier. Celle-ci aurait accrue la communication et l'éducation thérapeutique lors de sa délivrance. Ces études sont néanmoins toutes étrangères (américaines et canadiennes) et donc n'étudient pas la même population, elles ne rendent pas non plus de résultats à très court terme de son instauration mais sont plutôt des résultats recueillis à long terme et après plusieurs années d'application.

Au vu de ces freins sociétaux, éthiques et techniques exprimés par les patients lors de cette étude, il paraît difficile d'envisager une ordonnance « zéro papier » à ce jour en France. Une solution intermédiaire et transitoire envisagée serait d'apposer un Qr-Code sur l'ordonnance papier. Ceci constituerait un premier pas vers un inévitable passage au « tout numérique ».

CONCLUSION

De nos jours, la volonté des autorités de santé de dématérialiser l'ordonnance est réelle. Elle pourrait même être qualifiée d'attendue au vu de l'informatisation de notre société et des outils modernes à notre disposition. Le « patient de demain » profitera très certainement d'une ordonnance dématérialisée et d'une santé ultra connectée. Les résultats de cette étude ont permis la réalisation d'un guide sous forme de brochure pouvant guider le médecin généraliste dans son information au patient.

Cependant, l'obstacle de « l'illectronisme » apparaît difficilement contournable pour parvenir à une dématérialisation totale de l'ordonnance. Le médecin généraliste sera amené à répondre aux interrogations des patients sur ce sujet, mais il ne sera en aucun cas disposé à expliquer les bases de l'informatique à une patientèle étrangère à ces notions. Pour être fonctionnel, un tel processus devra inévitablement se passer le plus possible de l'intervention ou de la responsabilité du patient (par exemple une responsabilité de stockage ou encore de transfert de la prescription). Afin de garantir l'observance nous pourrions donc imaginer une étape intermédiaire qui serait de donner la possibilité aux patients le désirant, une trace papier récapitulative du traitement prescrit avec la posologie, même si celle-ci ne permet pas d'obtenir le traitement en pharmacie. L'aspect environnemental du projet perdrait ainsi de son ampleur. Aussi, une intégration directe au DMP permettrait de décharger complètement le patient de toute tâche d'archivage des prescriptions.

Lutter contre l'exclusion numérique paraît indispensable à la bonne instauration d'un tel projet par exemple en se tournant vers la solidarité ou en développant la formation et l'éducation au numérique. Cela existe déjà mais reste encore trop insuffisant. La numérisation de la santé soulève en réalité en arrière-plan un colossal défi d'éducation et de formation pour parvenir à une adoption de tous et éviter un système de soins à plusieurs vitesses. Rappelons de plus que le coût de telles mesures reste difficilement estimable dans une politique actuelle de maîtrises des dépenses publiques.

Le projet « PEM2D » est à l'étude depuis des années au sein du Ministère de la Santé et son existence est en passe de devenir en 2019 une réalité. Cette étude a mis en évidence un manque d'information des patients de médecine générale et de son imminence d'entrée en vigueur. Plus surprenant encore, les sujets interrogés issus de profession médicale ou para médicale n'étaient pas significativement davantage informés. Il apparaît un paradoxe entre l'imminence de l'application d'un tel projet et le degré d'information quasi inexistant du grand public ou des acteurs médicaux/paramédicaux qui pourrait évidemment s'avérer perturbateur pour les habitudes des patients. Il est également regrettable qu'une concertation entre les autorités de santé, représentants des praticiens de ville et des patients n'ait pas été réfléchi. Une telle modification du système de prescription mériterait une réunion de tous ces acteurs afin de penser « collectivement » cette mutation numérique.

De plus, force est de constater que de nombreuses questions restent en suspens et ce malgré des recherches poussées et des demandes d'information auprès de la CPAM. Une ébauche de ses « zones d'ombres » a d'ailleurs été mise en lumière au travers de ce travail avec de nombreuses

interrogations quant à la mise en pratique au quotidien de cette prescription électronique. Comment l'e-prescription pourra-t-elle être générée en visite à domicile ? Qu'en sera-t-il si la carte vitale est perdue ? Comment seront formés les acteurs du circuit du médicament à ce changement d'envergure ? Ces questions peuvent freiner et perturber le patient enraciné fermement dans ses habitudes depuis des décennies.

Enfin, l'e-prescription n'échappe pas aux limites et aux dangers technologiques de notre société moderne en matière d'archivage informatique volumineux et confidentiel. En effet, quand et comment autant de données informatiques pourront être hébergées et stockées de manière sécurisée, fiable et qui en sera capable ? Il semble que cette question ne soit pas encore résolue, et le sujet a d'ailleurs fait l'objet d'un désaccord entre l'Assurance Maladie et l'Union Nationale des Pharmaciens de France responsable d'un report de la mesure déjà désirée en 2015.

Ces questions devront évidemment trouver une réponse lorsque le PEM2D débarquera à grande échelle en France. Ce travail a mis en évidence de nombreux points restant trop imprécis et inconnus sur ce projet afin de répondre correctement aux questionnements des patients.

Ce travail nécessiterait d'être complété par des études qualitatives et quantitatives en France auprès d'autres intervenants (médicaux ou paramédicaux) et dans d'autres lieux d'exercice (Zone blanche d'internet, régions rurales ou équipées en téléconsultation). Ces études complémentaires permettraient d'aboutir à de nouveaux enseignements afin d'accompagner au mieux les patients vers le « tout numérique ».

Abréviations

ALD : Affection longue durée
ARS : Agence Régionale de Santé
CAF : Caisse d'Allocation Familiale
CAGE : Collège de Médecine Générale de Nice
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLIO : Comité de Liaison des Institutions Ordinales en Santé
COG : Convention d'objectifs et de gestion
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPS : Carte de Professionnel de Santé
CSA : Comité Supérieur de l'Audiovisuel
CV : Carte vitale
DCI : Dénomination Commune Internationale
DGS : Direction Générale de la Santé
DMP : Dossier Médical Partagé
ECN : Epreuves Classantes Nationales
HAS : Haute Autorité de Santé
HSEP : Ecole des Hautes Etudes de Santé Publiques
SFMG : Société Française de Médecine Générale
SUDOC : Système Universitaire de Documentation
UNFP : Union Nationale des Pharmacies de France

ANNEXE N°1 L'e-prescription en France en 2019, cadre légal et devenir :

Avant de traiter et d'exposer les résultats de notre étude, il est important de définir clairement ce qu'est la prescription électronique de médicaments, ses définitions et principes ainsi que son cadre légal. En effet, sous ce terme de prescription ou ordonnance électronique on peut différencier deux réalités bien distinctes. Il peut s'agir :

- Soit d'une ordonnance envoyée tout simplement par voie électronique (dite« ordonnance à distance ») par e-mail ou bien fax.
- Soit de l'ordonnance dématérialisée à proprement parlé aussi appelée « e-prescription »

1. L'ordonnance envoyée par courriel (e-mail) ou fax :

La loi du 13 août 2004 n°2004-810 relative à l'assurance maladie (article 34) a explicitement introduit la possibilité de prescrire des soins ou des médicaments par courriel, sous réserve que certaines conditions soient remplies :

- Le prescripteur doit être *dûment* identifié,
- Le processus de transmission doit garantir son intégrité et sa confidentialité.
- Un examen clinique du patient doit avoir été réalisé préalablement, sauf à titre exceptionnel (en cas d'urgence par exemple).

Il résulte de ces conditions, en pratique, que :

- L'expression « *dûment identifié* » impose a priori une signature électronique. Pour en bénéficier, il faut faire une demande de certificat qualifié de cachet ou de signature électronique auprès d'une autorité de certification électronique qualifiée (la liste de confiance française étant disponible sur Internet : Les autorités sanitaires délivrent le certificat d'une durée de validité de deux ou trois ans sous quinze à trente jours, pour un coût variable de soixante-dix à cent trente euros.
- L'exigence d'intégrité impose que l'ordonnance soit établie et transmise, au minimum, sous un format non modifiable (type PDF).
- L'examen préalable du patient demeure la règle.

Un médecin ne peut donc pas envoyer une ordonnance par courriel, même pour un simple renouvellement de prescription, sans respecter ces trois conditions. En revanche, un renouvellement d'ordonnances peut être prévu directement sur l'original de l'ordonnance en précisant la mention « à renouveler » suivi du nombre de renouvellements nécessaires, (dans la limite de douze mois.)

2. L'ordonnance dématérialisée, ou e-prescription et le projet PEM2D :

Il s'agit d'une prescription dématérialisée (sans ordonnance papier à transmettre à la pharmacie ou l'Assurance Maladie) de médicaments, de dispositifs médicaux, d'examen notamment biologiques ou d'actes de soins par un professionnel de santé légalement autorisé à exercer. Ce procédé est en cours d'expérimentation en France. En effet, un projet d'e-prescription de la

caisse nationale de l'assurance maladie et des syndicats de médecins et de pharmaciens a été retenu par le ministère de la Santé ; il s'agit de la « PEM2D » (prescription électronique de médicaments), L'expérimentation est conduite en 2017 sur une durée de neuf mois dans trois départements (Val de Marne, Saône et Loire, Maine et Loire) et permettra bientôt d'obtenir les résultats des travaux menés de concert entre les médecins, les pharmaciens et les éditeurs de logiciels. Notons que de grands éditeurs de logiciels médecin et pharmacien y prennent part dont Pharmagest avec le LGPI.

Le principe consiste en pratique à délivrer un QR code (ou « code 2D »), authentifié et signé par la Carte de Professionnel de Santé du médecin, et imprimé ou transmis par le médecin à son patient ou bien au pharmacien (via internet et le logiciel d'officine) qui transmet lui-même électroniquement les données à l'Assurance Maladie. Au total, le QR Code reprend les données de la prescription initiale papier du médecin sous forme de données structurées, comprimées et cryptées.

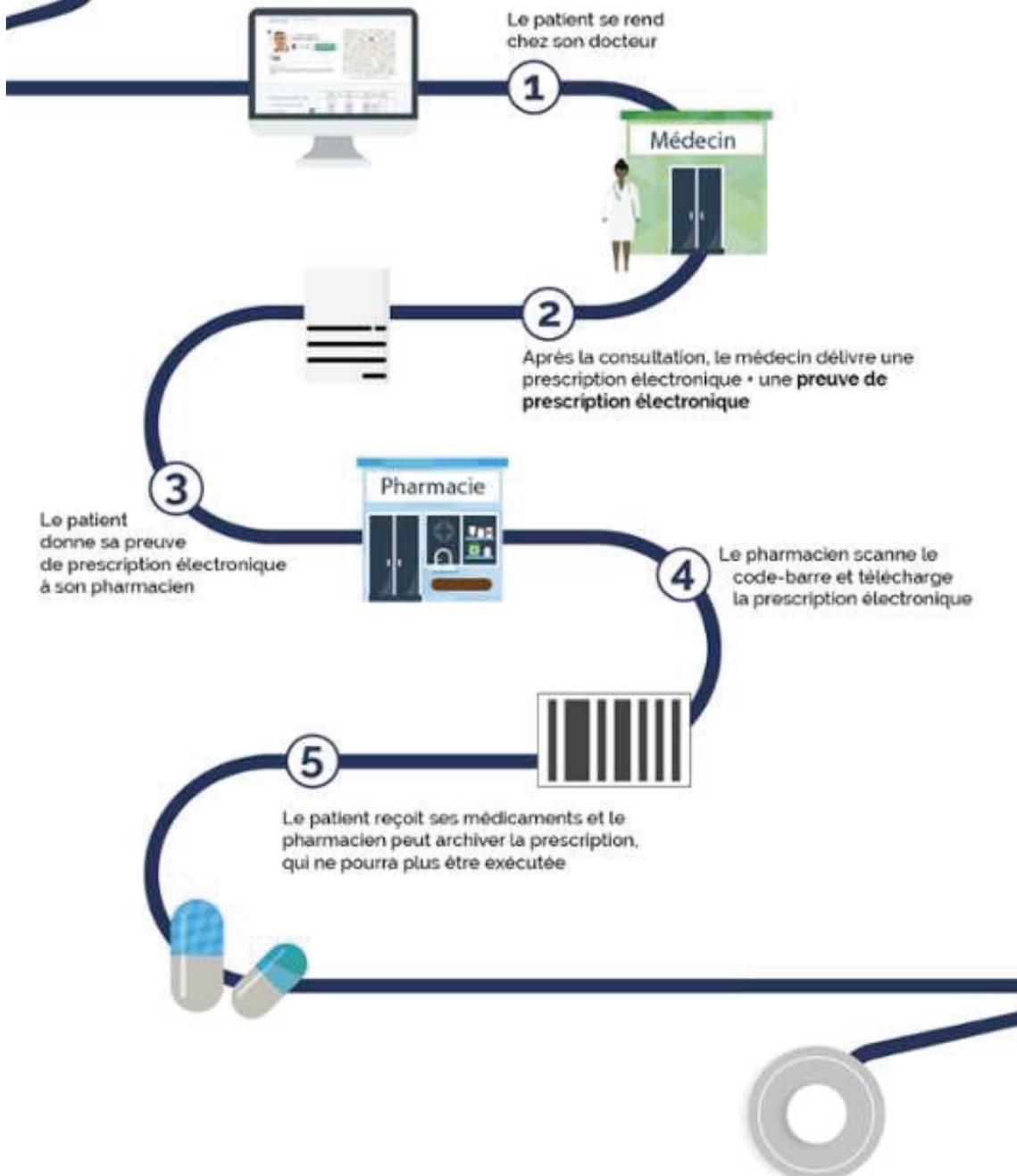
Après expérimentation et comme bon nombre de nos voisins européens déjà passés à l'acte, elle sera logiquement généralisée et l'objectif final serait les différentes déclarations du Ministère de la Santé, d'aboutir finalement à une prescription « zéro papier ». Déjà en 2012 le Comité de liaison des Institutions ordinaires en Santé (Clio-Santé) détaillait clairement dans une note d'orientation de façon précise les enjeux et la mise en place concrète d'une e-prescription devenue « *incontournable* », et surtout qui à terme deviendrait « totalement dématérialisée ». Comme nous l'avons dit en introduction, les récentes déclarations du plan Santé dévoilées en Septembre 2018 confirment cette finalité avec dès cette année le déblocage de cinq cents millions d'euros destinés à la numérisation de la santé qui comprend comme objectif la « dématérialisation totale des prescriptions ».

A terme, nous pourrions donc nous passer du QR code imprimé et adopter une seconde évolution permettant au prescripteur de déposer directement sa prescription électronique dans une base de données sécurisée à l'aide de sa carte de professionnel de santé ou bien même directement sur la carte vitale du patient. Le pharmacien accèdera ensuite lui aussi à cette même base de données à l'aide de la carte vitale du patient et de sa carte de professionnel de santé, avant de délivrer les médicaments, il n'y aura alors aucune nécessité du papier.

Schéma et fonctionnement pratique du Projet PEM2D actuellement en phase de test :

1. Le patient se rend chez son docteur
2. Celui-ci lui dépose une prescription électronique sur une base de données sécurisée et peut imprimer ou fournir au patient une « preuve de prescription électronique » détenant un Qr-Code.
3. Le patient se rend chez le pharmacien et lui donne sa « preuve de prescription électronique » ou Qr-Code
4. Le pharmacien scanne le code-barre et peut ainsi télécharger et accéder à la prescription électronique.
5. Après avoir délivré les médicaments au patient, le pharmacien archive la prescription électronique afin que celle-ci ne puisse pas être exécutée une seconde fois

L'ORDONNANCE ÉLECTRONIQUE DANS LA VIE DE TOUS LES JOURS



Une infographie réalisée par **mondocteur**

Annexe 2 : Guide d'entretien

Introduction à l'entretien :

Bonjour,

Je me présente, Stéphane CAGGIANO, Interne en Médecine Générale à la Faculté de Nice et médecin remplaçant du Dr

Je réalise un travail de thèse concernant la Prescription électronique, sous la direction du Dr ALQUIER Marie-Fleur .

Merci d'avoir accepté de m'accorder quelques minutes pour participer à cette étude.

Notre entretien dit "semi-dirigé" devrait durer environ 10 – 12mn Il sera comme convenu enregistré, si vous êtes toujours d'accord.

Les différents entretiens seront par la suite retranscrits et analysés. L'anonymat des participants sera bien sûr respecté.

Notre objectif sera de mettre en valeur vos perceptions et réflexions concernant la prescription électronique en tant que patient de médecine générale.

Vous pourrez bien entendu être informé des résultats de cette étude.

Avez-vous des questions avant de débiter l'entretien ?

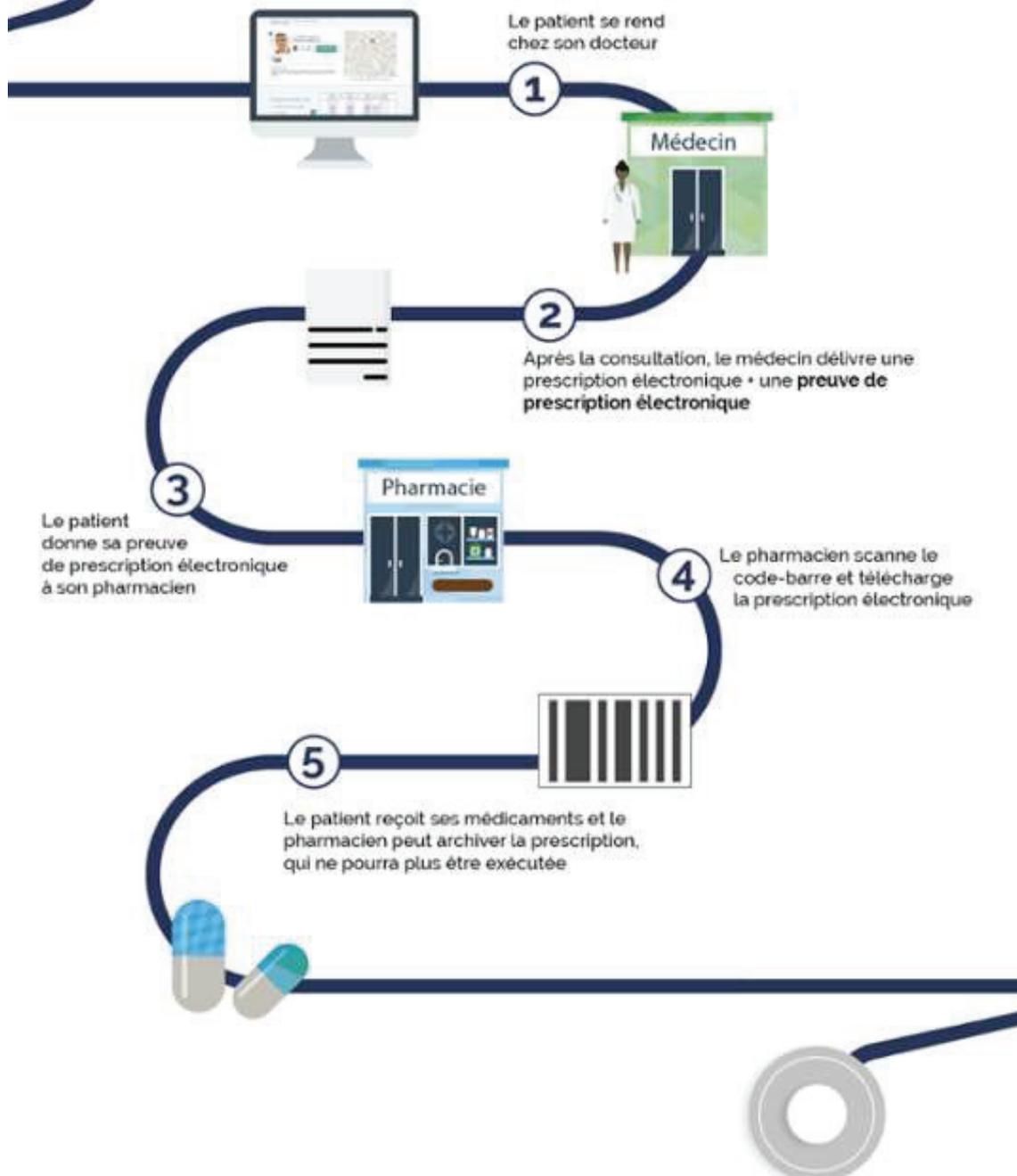
Exposé du projet :

« L'assurance maladie teste actuellement un projet de prescription électronique (le projet PEM2D) et prévoit à court terme (dans les 5 ans) une disparition progressive de l'ordonnance papier au profit d'une ordonnance dématérialisée / électronique.

Présentation de la planche schéma au patient avec description claire et brève du fonctionnement pratique :

- Le patient se rend chez son médecin en consultation.
- Celui-ci envoie une prescription électronique via internet sur une base de données sécurisée de la CPAM (le médecin peut alors imprimer ou transmettre au patient une « preuve de prescription électronique » sous forme de QRcode – code barre numérique)
- Le patient se rend chez le pharmacien et lui montre sa « preuve de prescription électronique » ou QRCode.
- Le pharmacien scanne et peut ainsi télécharger la prescription électronique sur la base de données sécurisée de la CPAM.
- Après avoir délivré les médicaments au patient, le pharmacien archive et valide la prescription électronique afin que celle-ci ne puisse pas être exécutée une seconde fois.
- *(A terme, le QRCode disparaîtrait, et il suffirait simplement de présenter sa carte vitale en pharmacie pour que le pharmacien télécharge la prescription puis délivre le traitement.)*

L'ORDONNANCE ÉLECTRONIQUE DANS LA VIE DE TOUS LES JOURS



Une infographie réalisée par **mondocteur**

Questionnaire de profil du patient :

Recueillir : L'âge, le sexe, commune de résidence, emploi.

Questionnaire sur le degré d'information du patient antérieur à l'entretien :

- Avez-vous déjà entendu parler du terme « prescription électronique »
- Avez-vous déjà entendu parler de ce projet ?
- Etes-vous intéressé par la dématérialisation de l'ordonnance ?
- *Vous doutiez vous de l'application future d'un tel projet ? Vous êtes-vous déjà questionné sur la possibilité d'une prescription dématérialisée ?(Ajoutée en cours d'étude).*

Questionnaire concernant le ressenti du patient :

- Quels vous paraissent être les avantages d'un tel procédé ?
- Quels sont vos réticences, craintes ou réserves sur ce projet ?

Quelles interrogations d'ordre pratique vous viennent à l'esprit quant à la mise en application de ce projet dans la vie quotidienne ? *(Modifiée en cours d'étude pour : « Pouvez-vous citer des exemples de situations qui selon vous posent problème à l'application de la prescription dématérialisée dans la vie quotidienne ?».)*

- Etes-vous favorable à la mise en place de ce fonctionnement ? et Pourquoi ?
- Autre remarque ?

Exemples de questions de relance et de précision :

Avez-vous un exemple ?

Pourriez-vous préciser ?

Qu'entendez-vous par...?

Si je comprends bien...

Donc, selon vous...

Qu'est-ce que vous en avez pensé ?

Vous m'avez dit tout à l'heure...

C'est à dire ?

Parler moi de...

Qu'est-ce que l'ordonnance ou l'électronique ou e-prescription ?

Déjà instaurée dans de nombreux pays européens, l'ordonnance électronique permettra de délivrer une prescription médicamenteuse sans recourir au format papier.

La délivrance des médicaments se fera dans un premier temps par présentation d'un code barre sécurisé au pharmacien.



Celui-ci étant généré par le logiciel de prescription du médecin.

Par la suite la prescription pourrait transiter tout simplement via la carte vitale ou encore par le biais d'un réseau sécurisé entre praticiens et pharmaciens. Le patient n'aurait plus qu'à se rendre en officine pour obtenir son traitement.

Quels avantages ?

Un intérêt environnemental

80% des consultations de médecine générale se soldent par l'impression d'au moins une ordonnance. Cela représenterait 5200 feuilles de papier par médecin par an soit un arbre de taille moyenne.

Une sécurité accrue

Falsification, carnet dérobé, copies et utilisations multiples deviennent impossibles. Rappelons qu'au moins 38.000 ordonnances seraient falsifiées en France chaque année (d'après une estimation de l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique).

Une alternative pratique

Disparition de la saisie informatique du pharmacien au guichet et donc gain de temps en officine pour les patients ou encore possibilité de signaler au prescripteur une rupture de stock directement via le logiciel de prescription dématérialisée. Ces exemples d'applications ne sont pas négligeables et ne sont que deux parmi tant d'autres.

Un document toujours disponible

En ligne, sur son ordinateur, sur smartphone ou via un réseau sécurisé entre praticiens et pharmaciens, l'ordonnance ne peut plus être égarée.

Un outil précieux pour la téléconsultation

Transmise instantanément au destinataire ou au pharmacien le patient n'est pas obligé de se déplacer ou de recourir à une visite à domicile pour l'obtenir.

Une lisibilité et conformité assurée

L'ordonnance sera systématiquement datée, signée et permettra d'en finir avec une possible erreur d'inattention du prescripteur. Le patient ne fera plus face à l'écriture manuscrite de son prescripteur pas toujours lisible et elle permettra également d'afficher systématiquement une nomenclature en Dénomination Commune Internationale ce qui faisait défaut à 57% des ordonnances en 2016 d'après une étude de l'Institut « UFC Que Choisir ».

Une meilleure observance ?

Plusieurs études notamment américaines ont montré qu'après instauration, les patients préfèrent l'ordonnance électronique à une version papier. Celle-ci aurait accru la communication et l'éducation thérapeutique lors de sa délivrance en comparaison à une prescription classique.

C'est pour quand ?

Actuellement en phase de test, ce projet nommé « PEM2D » diligenté par la CPAM dans plusieurs régions françaises (Val de Marne, la Saône et Loire et le Maine et Loire) devrait aboutir à la généralisation de ce code-barre sécurisé (ou QR-code) courant 2021 et constituera une étape intermédiaire à une ordonnance « tout numérique ».

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Frederic Micheau, Sondage OpinionWay pour MonDocteur.fr - Avril 2016
<https://www.opinion-way.com/fr/sondage-d-opinion/sondages-publies/mondocteur-fr-les-francais-et-leurs-attentes-a-l-egard-des-medecins-juin-2016/download.html>
- 2) Mireille Elbaum, Ministère de la Santé, enquête « Prescription des médecins généralistes et leurs déterminants.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er440.pdf>
- 3) Dossier de presse COG 2018-2022 Vdef – Ameli :
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dossier_de_presse_COG_2018-2022.pdf
- 4) Note d'Orientation : Prescription électronique (e-prescription) Propositions concrètes CLIO SANTE JANVIER 2012.
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Prescription_electronique.pdf
- 5) Le coût du DMP et de la numérisation de la santé : les faits et les chiffres/ esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé Esanté.gouv.fr.2018
<http://esante.gouv.fr/actus/politique-publique/le-cout-du-dmp-les-faits-et-les-chiffres>
- 6) William Hollingworth, PhD Emily Beth Devine, PharmD, MBARyan N. Hansen, PharmD Nathan M. Lawless, CE, RPh Bryan A. Comstock, MScJennifer L. Wilson-Norton, RPh, MBA Kathleen L. Tharp Sean D. Sullivan, PhD
Journal of the American Medical Informatics Association, Volume 14, Issue 6, 1 November 2007, Pages 722–730,
The Impact of e-Prescribing on Prescriber and Staff Time in Ambulatory Care Clinics: A Time–Motion Study :
<https://doi.org/10.1197/jamia.M2377>
- 7) Denis Lebel , Jean-François Bussières :
Prescription électronique en établissement de santé : des résultats pas très convaincants : (The impact of hospitalwidecomputerizedphysicianorder entry on medicalerrors in a pediatrichospital. Journal of Pediatric Surgery 2005; 40:57-9)
<https://www.pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/viewFile/566/234>
- 8) Terri L.WarholakPhD, BPharm, Michael T.RuppPhD, BPharm
Analysis of community chain pharmacists' interventions on electronic prescriptions:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19196598>
- 9) Joy M Grossman Dori A Cross Ellyn R Boukus Genna R Cohen
Transmitting and processing electronic prescriptions: experiences of physician practices and pharmacies
http://www.hschange.org/CONTENT/1259/1259_Appendix.pdf

- 10) Mays N, Pope C. "Qualitative research in health care". Third edition. rigour and qualitative research. BMJ 1995, 311
- 11) Odukoya Ok, Stone JA, Chui MA
 "E-prescribing errors in community pharmacies: exploring consequences and contributing factors". University of Pittsburgh, Department of Pharmacy and Therapeutics, School of Pharmacy, 3501 Terrace Street, Salk Hall 720, Pittsburgh, PA 15213, USA.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24657055>
- 12) Loren J. Schleiden is a research assistant in the Department of Pharmacy and Therapeutics at the University of Pittsburgh School of Pharmacy in Pittsburgh, PA.
 "Older Adults' Perceptions of E-Prescribing: Impact on Patient Care."
https://www.researchgate.net/publication/271513677_Older_Adults'_Perceptions_of_E-Prescribing_Impact_on_Patient_Care
- 13) J Am Pharm Assoc
 "Patient perceptions of e-prescribing and its impact on their relationships with providers: a qualitative analysis". 2014 Nov-Dec;54(6):630-3. doi: 10.1331/JAPhA.2014.13176
[https://www.japha.org/article/S1544-3191\(15\)30262-4/fulltext](https://www.japha.org/article/S1544-3191(15)30262-4/fulltext)
- 14) Rédaction ticsante.com
 Plan Santé Septembre 2018 « Ma santé 2022 » de nouveaux services numériques pour les professionnels de santé :
https://www.ticsante.com/Ma-sante-2022-de-nouveaux-services-numeriques-pour-professionnels-de-sante-et-patients-NS_4243.html
- 15) Mays N, Pope C. "Qualitative research in health care". Third edition. Oxford: Blackwell Publishing 2006; p 1-150
- 16) Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L. « Introduction à la recherche qualitative ». Revue Exercer 2008, 84, 14-25.
- 17) Blanchet A, Gotman A. « L'entretien : l'enquête et ses méthodes ». Paris : Armand Colin, 2010
- 18) Collège de médecine générale de Nice (CAGE) [internet]. Nice.cnge.fr.2018
<http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>(consulté le 11 mars 2017)
- 19) Bardin L. L'analyse du contenu. Paris. Presses universitaires de France. 1977
- 20) Mays N, Pope C. Qualitative research :rigour and qualitative research. BMJ 1995, 311 (6997) :109-112
- 21) Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. BMJ : British Medical Journal. 2000;320(7227): 114-116.
- 22) Thibeault E. A propos de la méthodologie des entretiens de groupes. Adjectif analyses, 2010
- 23) LEPCAM.fr Critique les résultats d'une étude:
<https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/critique/>

- 24) Enquête internationale de Deloitte pour la France « Globale Mobile Consumer Survey 2016 »
<https://www2.deloitte.com/fr/fr/pages/technology-media-and-telecommunications/articles/usages-mobiles-2016.html>
- 25) Catherine Cerisey, Giovanna Marisco
Enquête « A la recherche du ePatient »
<http://www.patientsandweb.com/wp-content/uploads/2013/04/A-la-recherche-du-ePatient-externe.pdf>
- 26) Vidal.fr 4^{ème} Baromètre Vidal – CNOM : L'utilisation des smartphones chez les médecins :
<http://www.vidalfrance.com/wp-content/download/CP/CP VIDAL Mobile Barometre 2016.pdf>
- 27) Sophie Martos. « Comment travaillent les médecins généralistes », 2017 :
https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2017/05/170429_Synth%C3%A8se-Etude_MG.pdf
- 28) M. Lapeyre E. Jouanjus. Faculté de médecine de Toulouse.
Etude OSIAP 2017 : Ordonnances suspectes indicateurs d'abus possibles
https://www.ansm.sante.fr/var/ansem_site/storage/original/application/e459f0507162fff36d5d52c4910a406f.pdf
- 29) Matt Evans, Daniel Gruber, Per Skoglund. 2014 “Introducing the home delivery of prescription medicine in Sweden – Jonkoping Business School”
<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:734017/FULLTEXT01>
- 30) Satispharma, Enquête Avenir Pharmacie 2017 – OpinionWay:
<https://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2017/03/Avenir-Pharmacie-2017.pdf>
- 31) Anna O'Boyle, manager du laboratoire L'Oreal Cosmétique. « Savoir bien gérer l'attente en officine »
<https://formation-pharmacie-loreal.com/best-practices/savoir-bien-gerer-lattente-en-officine-un-avantage-competitif>
- 32) Anne-Cecile Pons, Enquête pour le site MeSoigner. Test de l'e-ordonnance à grande échelle en Dordogne 2018 :
<http://comparatif-logiciels-medicaux.fr/tests/CP-e-Ordonnance-MeSoigner.pdf>
- 33) ATS Pharmapro.ch, Hopital de l'île – Berne 2006. Les ordonnances illisibles peuvent mettre en danger le patient.
<https://www.pharmapro.ch/news/les-ordonnances-illisibles-peuvent-mettre-en-danger-le-patient-0141.htm>

- 34) Stéphanie Letellier, Enquête UFC Que choisir « Médicaments : encore trop d'ordonnances non conformes.
<https://www.notretemps.com/sante/actualites-sante/medicaments-ordonnances-prescription-dci,i102645>
- 35) Bobby Gheorghiu . « InfoRoute Santé Canada 2018 » :
<https://www.infoway-inforoute.ca/fr/ce-que-nous-faisons/blogue/gestion-des-medicaments/7891-14-des-canadiens-ont-deja-perdu-ou-abime-une-ordonnance-et-cela-a-un-cout>
- 36) Ameli.fr Mention d'information : Expérimentation- Prescription électronique de médicaments - ameli.fr
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/348667/document/mention_dinformation_pem2d_v_d.pdf
- 37) Comité supérieur de l'audiovisuel : « L'illectronisme en France – 2018 – CSA Syndicat de la presse sociale » :
<https://www.csa.eu/fr/survey/l-illectronisme-en-france>
- 38) Lea Galanopoulo 2015, Etude Jalma « Mauvaise observance des traitements : des conséquences mortelles. »
https://www.allodocteurs.fr/se-soigner/medicaments/mauvaise-observance-des-traitements-des-consequences-mortelles_15584.html
- 39) Nicolas Raffin, Etude UFC Que choisir 2019 : « Un accès de qualité à internet pour tous en France dès 2020 ? »
<https://www.20minutes.fr/economie/2478279-20190321-acces-qualite-internet-tous-francais-2020-mirage-ufc-choisir>
- 40) Emmaus-Connect.org ,« Faire du numérique une chance pour tous » :
<https://emmaus-connect.org/exclusion-numerique/>
- 41) Nathalie Devillier, Enquête NouvelObs : « Piratage des données médicales, la France n'est pas prête. »
<https://www.nouvelobs.com/rue89/rue89-internet/20160405.RUE2568/piratage-de-donnees-medicales-la-france-n-est-pas-prete.html>
- 42) Service d'étude UFC Que choisir : « La qualité d'internet fixe 2019 »
<https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-qualite-de-l-internet-fixe-un-outil-participatif-et-evolutif-favorisant-une-reelle-transparence-sur-la-fracture-numerique-n65007/?dl=43403>
- 43) Planetoscope :<https://www.planetoscope.com/>

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

RESUME

Introduction : Le numérique est désormais au cœur de notre société et le monde médical n'échappe pas à cette tendance. Contrairement à la plupart de ses voisins européens, la France n'a toujours pas adopté de mode de prescription médicamenteux dématérialisé. Conscient de ce retard, le Ministère de la Santé diligente actuellement un projet en phase de test du nom de « PEM2D » et a investi plus de cinq cent millions d'euros dans l'objectif de numériser la prescription médicale. Même si la disparition totale du papier n'est pas encore d'actualité, il s'agit bien d'un objectif à long terme au vu des récentes déclarations officielles. Notre objectif était d'évaluer le ressenti de patients de médecine générale vis-à-vis de ce futur mode de fonctionnement et d'en déduire l'information nécessaire au médecin généraliste pour répondre aux futures interrogations des patients. Par ailleurs, cette étude pourra éventuellement servir de base pour une future étude « avant-après ».

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude qualitative et descriptive. Après la réalisation du guide d'entretien, nous avons choisi la réalisation d'entretiens semi dirigés auprès de patients de médecine générale parmi trois cabinets répartis dans le Var et les Alpes Maritimes mais également en visite à domicile. Les entretiens étaient enregistrés et retranscrits sous la forme de verbatim classé ensuite par thèmes.

Résultats : Au total trente-deux entretiens ont été réalisés, pour une moyenne de douze minutes par entretien et un total de trois cent quatre-vingt-quatre minutes d'enregistrement. L'âge moyen de la population étudiée était de quarante-sept ans et les patients interrogés comptaient dix-sept femmes et quinze hommes. La majorité des patients interrogés se trouvaient en activité professionnelle et notre échantillon s'avérait diversifié en termes de catégories socio-professionnelles. Les répondants à notre étude ont su identifier les enjeux et les avantages d'un tel procédé et sont parvenus à reconnaître avant tout l'intérêt environnemental. Ils ont également exprimé en majorité l'avantage de l'archivage numérique de la prescription et de ne plus pouvoir perdre celle-ci ou encore de la rendre accessible à tout professionnel de santé n'importe où. De plus, plusieurs patients mettaient en avant la sécurité et la lisibilité de cette ordonnance numérique et son intérêt pour la téléconsultation. En revanche plusieurs freins étaient exprimés comme l'absence possible de trace papier concernant la posologie, un changement d'habitude et le manque de confiance voir de capacité à utiliser des plateformes informatiques.

Discussion : Au vu des avantages exprimés par les patients et de la tendance à l'informatisation de notre société, l'ordonnance dématérialisée apparaît comme une évidence pour le patient de demain. Malgré cela, l'analyse de nos résultats a soulevé de nombreux obstacles à ce projet à commencer par « l'illectronisme » et la numérisation qui pourrait isoler une tranche de la population voir impacter l'observance. Se pose également la question des limites techniques en termes de réseau et de stockage sécurisé qui préoccupent également les patients.

Mots clés : informatique médicale, prescription électronique, Soins de Santé primaires, ordonnance

ABSTRACT

Introduction: Digital Information Technology is now at the heart of our society and the medical world is not immune to this trend. Unlike most of its European neighbors, France has still not adopted an electronic medicine prescription method. Aware of this delay, the Ministry of Health is currently working on a project called "PEM2D" which is in the testing phase and has invested more than five hundred million euros with the aim of digitizing medical prescriptions. Even if the total disappearance of paper is not yet on the agenda, it is a long-term objective according to recent official statements. Our objective was to evaluate the feelings of patients in general medicine vis-à-vis this future mode of operation and from this deduce the information necessary for general practitioners to respond to future questions from patients. Moreover, this study could be used as a basis for a future "before-after" study.

Materials and methods: This was a qualitative and descriptive study. After completion of the interview guide, we chose to conduct semi-directed (or semi-structured) interviews with general practice patients drawn from three practices located in the Var and the Alpes-Maritimes but also during home consultations. The interviews were recorded and transcribed verbatim then classified by theme.

Results: A total of thirty-two interviews were conducted, with an average of twelve minutes per interview and a total of three hundred and eighty-four minutes of recording. The mean age of the study population was 47 years and there were seventeen women and fifteen men. The majority of the patients interviewed had a professional activity and our sample was diversified in terms of socio-professional category. The respondents to our study were able to identify the challenges and benefits of the process and above all were able to recognize the environmental importance. They also predominantly expressed the benefit of digitally archiving prescriptions and never losing them or also making them accessible to any healthcare professional anywhere. In addition, several patients highlighted the safety and readability of this digital prescription and its attractive potential for teleconsultation. On the other hand, several constraints were expressed such as the possible absence of a paper trace concerning the dose, a change of habit and the lack of confidence in computer systems.

Discussion: In view of the advantages expressed by the patients and the trend towards computerization of our society, paperless prescription appears obvious to the patient of tomorrow. Despite this, analysis of our results has raised a number of obstacles for this project starting with "computer illiteracy" and also the fact that excessive digitization could isolate a section of the population and even have an impact on their compliance. Beyond the patient, there is the question of the technical limitations in terms of network and secure storage which also raise concerns amongst patients.

Keywords : prescribing, primary health care, Electronic Prescribing,