

Sept stratégies pour consolider notre système d'utilisation des médicaments

par Neil J. MacKinnon

Dans un numéro antérieur du *JCPH*, J. Tisdale parlait de l'ampleur des problèmes pharmacothérapeutiques et de la responsabilité qu'a le pharmacien de fournir des soins pharmaceutiques¹. Depuis la parution de son éditorial à ce sujet, on estime que le problème est encore plus criant qu'il ne l'avait décrit. En effet, Ernst et Grizzle² ont actualisé récemment le modèle de Johnson et Bootman³ des coûts de santé associés à la morbidité et à la mortalité d'origines pharmacothérapeutiques en milieu de soins ambulatoires aux États-Unis. Il en ressort que le coût annuel s'élève actuellement à 177,4 milliards de dollars américains, plus du double des 76,6 milliards de dollars qu'on estimait en 1995.

En tant que pharmaciens, nous savons que les problèmes pharmacothérapeutiques selon la classification de Strand et ses collègues⁴ sont fréquents et qu'ils entraînent une morbidité et une mortalité considérables. D'ailleurs, Lazarou et ses collègues⁵, de l'Université de Toronto, estiment que les réactions médicamenteuses indésirables sont entre la quatrième et la sixième cause de mortalité, coûtant la vie de jusqu'à 10 000 Canadiens chaque année⁶. Les fautes médicales entraînent quant à elles de 44 000 à 98 000 décès chaque année aux États-Unis, les erreurs de médications constituant à elles seules la plus importante catégorie de faute professionnelle⁷. D'autres chercheurs ont observé que le nombre de décès associés à des erreurs de médication aux États-Unis avait augmenté de 257 % entre 1983 et 1993⁸. Le *National Post* publiait dernièrement un article sur une étude menée auprès de 120 patients âgés vivant à Kingston, en Ontario, et dont les résultats paraîtront bientôt, qui affirme que 96 % du temps les médecins n'étaient pas au courant des médicaments que ces patients utilisaient⁹. Ces études, comme d'autres, portent à croire que les effets médicamenteux indésirables ont maintenant atteints le seuil de la pandémie; ils sont largement répandus, s'aggravent et sont inquiétants.

Qu'est-ce donc qui ne fonctionne pas avec le système d'utilisation des médicaments? Grainger-Rousseau et ses collègues¹⁰, de l'Université de Floride, estiment que pour qu'un système de pharmacothérapie soit à la fois sûr et efficace, il doit satisfaire à huit critères essentiels :

- l'identification rapide et précise des indications thérapeutiques et autres signes et symptômes relatifs à l'utilisation d'un médicament;
- la disponibilité de médicaments sûrs, efficaces et licites, et à un coût raisonnable;
- des prescriptions adéquates permettant de rencontrer des objectifs explicites (clairs, mesurables et communicables);
- la distribution, la délivrance et l'administration correctes des produits thérapeutiques, accompagnées de l'information adéquate pour les patients;
- la collaboration active entre les patients et le personnel soignant (ce que Grainger-Rousseau et ses collègues¹⁰ appellent l'adhésion intelligente);
- la surveillance permettant de déceler et de résoudre les problèmes pharmacothérapeutiques;
- la documentation et la communication de l'information et des décisions pharmacothérapeutiques;
- l'évaluation et l'amélioration des systèmes d'utilisation des produits thérapeutiques et des médicaments.

Comment la SCPH peut-elle jouer un rôle instigateur dans l'amélioration des systèmes d'utilisation des médicaments et s'assurer que tous les éléments sont en place à chaque fois qu'un patient reçoit un médicament? Je crois qu'il faut une combinaison de stratégies pour s'assurer que le système canadien d'utilisation des médicaments soit plus sûr et plus efficace. Voici sept stratégies qui, une fois entérinées par la SCPH, pourraient contribuer grandement à réduire la pandémie d'effets pharmacothérapeutiques indésirables.

LES STRATÉGIES

Stratégie 1 : Promouvoir la continuité des soins pharmaceutiques

Il faut favoriser la continuité des soins pharmaceutiques au sein d'un même établissement de santé et entre établissements. En ce sens, chapeau à la SCPH et l'Association des pharmaciens du Canada pour leurs efforts à réduire l'écart des soins pharmaceutiques entre les milieux communautaire et hospitalier. Néanmoins, la continuité des soins doit s'étendre au delà de quelques projets pilotes et être acceptée et adoptée comme une norme de pratique. Des efforts supplémentaires sont nécessaires au sein des établissements de santé pour que prennent forme vraiment des équipes multidisciplinaires ayant des rôles et des responsabilités bien définies dans le cadre du système d'utilisation des médicaments. Deux infirmières du Colorado qui étaient impliquées dans une erreur de médication qui a coûté la vie au bébé auquel on a administré de la pénicilline G, ont publié un rapport qui fait état de ce besoin : «La plus grande erreur cette journée-là a été le manque de collaboration. Nous aurions dû collaborer avec le pharmacien d'hôpital . . . personne ne peut tout connaître sur une chose.»¹¹ Cette erreur, comme bien d'autres, peut être attribuée au manque de communication et de feedback, à l'absence de définition claire des responsabilités dans l'organisation, au fait de prendre pour acquis que «quelqu'un d'autre s'en chargera» et au manque de documentation. Les pharmaciens de tous les milieux doivent se poser la question suivante : «Tient-on un registre de l'évolution de l'état du patient en fonction des objectifs thérapeutiques, et si tel est le cas, cette information est-elle communiquée entre tous les professionnels de la santé?»

Stratégie 2: Communiquer la valeur des pharmaciens aux décideurs des soins de santé

Comme l'affirme M. Tisdale,¹ il y a suffisamment de données qui prouvent que les pharmaciens sont capables d'améliorer les résultats du traitement et de réduire les coûts de santé. Notre profession a fait de l'excellent travail en publiant des résultats d'études rigoureuses qui démontrent la valeur des soins pharmaceutiques. Par exemple, W. McLean a rédigé une revue exhaustive de ces études¹² que chaque pharmacien devrait d'ailleurs avoir en main pour remettre aux

médecins et à d'autres personnes sceptiques. Par contre, nous n'avons pas aussi bien réussi à communiquer cette information aux autres professionnels de la santé. En effet, la plupart de ces études ont été publiées dans des revues pharmaceutiques qui ne sont pas lues par les administrateurs et les décideurs des soins de santé. Ainsi, nous devons mieux connaître les publications que lisent ces personnes, comme Benefits Canada et Canadian Healthcare Manager.

Un message qui serait bien reçu dans le milieu de la santé d'aujourd'hui est celui qui décrirait notre capacité à réduire les coûts des soins de santé. On estime que les dépenses en médicaments ont augmenté de 9 % entre 1999 et 2000 et qu'ils représentent 15,5 % du budget de la santé¹³. M. Allan Rock, ministre fédéral de la Santé, affirmait récemment que « . . . les produits pharmaceutiques ont fait monter les coûts de notre système de santé.»¹⁴ Il a poursuivi en se demandant «Est-il possible de gérer ces coûts de manière plus efficace?» La réponse à cette question est très claire : «Oui! Utilisez les pharmaciens du Canada plus efficacement.»

Stratégie 3: Exercer des pressions pour l'abolition de la «taxe sur la qualité»

«J'aimerais prodiguer des soins pharmaceutiques, mais je ne peux pas à cause de la réalité économique.» Voilà une affirmation reprise par de nombreux pharmaciens et que Hepler appelle la «taxe sur la qualité». Celui-ci affirme «qu'un pharmacien qui prodigue des soins au-delà du seuil minimal est pénalisé financièrement. Ses patients peuvent s'en tirer beaucoup mieux qu'ils ne le feraient sans cette qualité supérieure de soins, mais voilà un fait ni reconnu ni rémunéré.»¹⁵ Ce problème d'absence d'incitatif financier pour participer aux soins directs aux patients n'est pas le seul handicap des pharmaciens d'hôpital; c'est un problème également pour les pharmaciens communautaires, le personnel infirmier et les médecins. Justement parce qu'il s'agit d'un problème vécu par tous les professionnels de la santé, il serait plus profitable de nous associer aux groupes de pression beaucoup plus puissants des médecins et des infirmières pour favoriser des changements au système de rémunération et ainsi faciliter la prestation des soins médicaux, infirmiers et pharmaceutiques.

Stratégie 4: Contribuer au développement d'un système de mesure de la qualité en pharmacie

Au premier abord, l'élaboration d'un système de mesure de la qualité peut sembler s'attaquer à un faux



problème, étant donné l'existence de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie qui détermine les normes nationales de pratique de la pharmacie, des bureaux provinciaux des pharmaciens qui inspectent les pharmacies et responsabilise les pharmaciens envers le public, et des comités d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé. Or, malgré l'existence de ces organismes, il n'existe toujours pas de système national de déclaration et de mesure de nombreux effets médicamenteux indésirables comme les erreurs de médication et la morbidité d'origine pharmacothérapeutique qui peut être évitée. De plus, il n'existe aucun système national de mesure des services offerts par les pharmaciens ni de méthode pour mesurer le lien de cause à effet entre la prestation de ces services et l'issue des traitements. Certes, certains progrès ont été accomplis, notamment par la mise sur pied d'ISMP Canada qui vise à faciliter la déclaration des erreurs de médication et par le truchement de l'élaboration d'indicateurs de qualité des soins pharmaceutiques par l'Institut canadien de l'information sur la santé. Quoi qu'il en soit, la SCPH peut jouer un rôle déterminant dans l'établissement des critères de mesure de la qualité en pharmacie d'hôpital avant que des organismes externes n'en décident unilatéralement.

Stratégie 5: Soutenir les évaluations des effets des politiques d'utilisation des médicaments sur l'issue des traitements

Nombre d'outils et de techniques sont actuellement utilisés pour exercer une influence sur l'utilisation et le coût des médicaments. Qu'on pense aux formulaires, aux programmes d'autorisation préalable et aux quotes-parts. L'effet de ces politiques sur les résultats thérapeutiques fait l'objet de débats nourris, comme le montre le brillant échange d'idées qui fait l'objet de la rubrique Pleins feux sur le formulaire du Journal. Des évaluations plus poussées des politiques d'utilisation des médicaments sont nécessaires, comme la récente revue par Mme Tamblyn¹⁶ de la politique de participation aux frais et de franchise pour les personnes âgées et les prestataires d'aide sociale du Québec. Dans son analyse interrompue des séries chronologiques, l'utilisation de médicaments essentiels a diminué de 9,1 % chez les aînés et de 14,4 % chez les prestataires d'aide sociale après l'instauration du programme de frais partagés, et les taux d'événements indésirables graves et de visites aux urgences liées à la diminution de l'usage de médicaments essentiels a considérablement augmenté

dans les deux groupes. Nous devons évaluer les conséquences de nos politiques d'utilisation des médicaments sur l'issue des traitements.

Stratégie 6: Contribuer à donner aux pharmaciens l'accès à l'information sur les patients

De nombreux hôpitaux investissent massivement dans des systèmes d'information de pointe afin de réduire la paperasserie et assurer la prestation plus efficace des soins de santé. Dans bon nombre de ces cas cependant, les nouveaux systèmes ne permettent pas de communiquer adéquatement l'information sur les patients entre les diverses unités, ce qui a pour effet de priver les pharmaciens de l'information dont ils ont besoin pour prodiguer les soins pharmaceutiques appropriés. On pourrait débattre du fait que le pharmacien ne peut prodiguer de soins pharmaceutiques s'il ne dispose pas de l'information de base tel le diagnostic. L'information sur les patients doit être accessible non seulement au pharmacien clinicien au chevet du patient, mais également dans les dispensaires, les pharmacies des cliniques et les pharmacies communautaires.

Stratégie 7: Donner de la formation aux dirigeants des pharmacies

Les superviseurs, chefs, directeurs et autres gestionnaires des pharmacies d'hôpital sont soumis à d'énormes pressions alors que le coût des soins pharmaceutiques augmente et les budgets de nombreux hôpitaux diminuent. C'est principalement dans cet environnement stressant que les gestionnaires et les dirigeants des pharmacies reçoivent de la formation. Il n'existe que très peu de programmes d'enseignement adaptés aux besoins des gestionnaires des pharmacies d'hôpital, parce qu'il n'y a tout simplement aucun programme d'études supérieures en pharmacie au Canada qui s'attarde à la formation des gestionnaires et peu de programmes de formation continuent axés sur la gestion. En outre, on ne sait toujours pas quelles sont les compétences essentielles à la gestion d'une pharmacie d'hôpital, ni si les gestionnaires des pharmacies d'hôpitaux canadiens possèdent ces compétences et, dans la négative, de quelle manière on peut optimiser l'apprentissage de telles compétences. Nul doute qu'il y a encore beaucoup à faire pour répondre aux besoins des dirigeants de nos pharmacies d'hôpitaux, desquels dépendent largement la prestation des soins pharmaceutiques.



CONCLUSION

Cette liste de stratégies n'est certes pas exhaustive, mais en les appliquant nous pourrions faire d'énormes progrès pour rendre notre système d'utilisation des médicaments plus sûr et plus efficace, un objectif qui, je le présume, revêt beaucoup d'importance pour chacun des membres de la SCPH.

Références

1. Tisdale JE. Les problèmes pharmacothérapeutiques — Du pain sur la planche! *J Can Pharm Hosp* 2000;53:317-9.
2. Ernst FR, Grizzle AJ. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. *J Am Pharm Assoc* 2001;41:192-9.
3. Johnson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality. A cost-of-illness model. *Arch Intern Med* 1995;155:1949-56.
4. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *Ann Pharmacother* 1990;24:1093-7.
5. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients. A meta-analysis of prospective studies. *JAMA* 1998;279:1200-5.
6. Abraham C, Taylor P. *Drug reactions kill thousands: researchers*. Globe & Mail [Toronto] 1998 Apr 15:A3.
7. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human. Building a safer health system*. Washington (DC): National Academy Press; 1999.
8. Phillips DP, Christfeld N, Glynn LM. Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. *Lancet* 1998;351:643-4.
9. Arnold T. *Most doctors don't know what medicines seniors are taking, study shows*. National Post [Toronto] 2001 Jan 10:B5.
10. Grainger-Rousseau TJ, Miralles MA, Hepler CD, Segal R, Doty RE, Ben-Joseph R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. *J Am Pharm Assoc* 1997;NS37(6):647-61.
11. Golz B, Fitchett L. Nurses' perspective on a serious adverse drug event. *Am J Health Syst Pharm* 1999;56:904-7.
12. McLean W. Pharmaceutical care evaluated: the value of your services. *Can Pharm J* 1998;131(4):34-40.
13. Institut canadien de l'information sur la santé. Drug expenditures in Canada 1985-2000. Ottawa (ON): L'Institut; 2001. Publié à : www.cihi.ca/wedo/hexpenddrug.shtml (mis à jour le 14 mars 2001, accédé le 21 avril 2001).
14. Rock A. Notes pour une allocution de Allan Rock, ministre de la Santé. 133^e Assemblée annuelle de l'Association médicale canadienne (14 août 2000). Ottawa (ON): Santé Canada; 2000. Publiées à : www.hc.sc.gc.ca/francais/archives/discours/14aout2000minf.htm (accédées le 21 avril 2001).
15. Hepler CD. Observations on the conference: a pharmacist's perspective. *Am J Health Syst Pharm* 2000;57:590-4.
16. Tamblyn R, Laprise R, Hanley JA, Abrahamowicz M, Scott S, Mayo N, et al. Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *JAMA* 2001;285:421-9.

Neil J. MacKinnon, Ph. D., RPh, pharmacien autorisé, est professeur adjoint et président Merck Frosst du programme de gestion des soins de santé aux patients du Collège de pharmacie; professeur adjoint du Département de Santé communautaire et d'épidémiologie; et professeur adjoint à l'École de gestion des services de santé de l'Université Dalhousie, d'Halifax, en Nouvelle-Écosse. Il est également rédacteur adjoint du JCPH.

Adresse de correspondance :

Dr Neil J MacKinnon
Dalhousie University College of Pharmacy
5968 College Street
Halifax (NS)
B3H 3J5

courriel : neil.mackinnon@dal.ca