

Les données confirment-elles que le formulaire engendre des économies?

par Peter J. Jewesson

Je suis un peu fatigué de cette question. La réponse est «oui». Outre l'économie pécuniaire qui ne doit pas être la seule raison qui motive le maintien d'un système de formulaire, la littérature regorge d'innombrables exemples de réussite d'activités associées au formulaire que les hôpitaux ont mises en œuvre individuellement. Nous avons des preuves irréfutables que divers éléments du système du formulaire, comme les programmes de substitution thérapeutique, de substitution par un médicament générique, et les protocoles thérapeutiques, peuvent réduire considérablement les coûts globaux en médicaments, s'ils sont correctement mis en place. La plupart de ces éléments ont trait à des médicaments qui sont plutôt utilisés exclusivement en milieu hospitalier. De nombreux pharmaciens de tout le Canada ont enrichi cette littérature de données qui renforcent la thèse selon laquelle les activités *para-formulaire* peuvent réduire les coûts sans entraîner d'effets négatifs sur l'issue des traitements. Vous n'avez qu'à feuilleter d'anciens numéros du Journal pour y découvrir toutes sortes de réussites maison.

Même les détracteurs du système du formulaire aux États-Unis, comme Jeff Green dans son article de 1986 sur les «nouveaux appareils de l'empereur»¹, et Susan Horn et ses collaborateurs dans leurs articles de 1996 sur les conséquences non recherchées des formulaires dans les organisations de gestion des soins de santé aux États-Unis^{2,3}, ont reconnu que, malgré quelques faiblesses intrinsèques, les pratiques *para-formulaire* de limitation des coûts peuvent contribuer à réduire l'utilisation des ressources. S'il est vrai que certaines interventions mal planifiées ont pu se traduire par un déplacement des coûts (certains programmes de remboursement des médicaments de référence en Colombie-Britannique sont un bon exemple local de cet effet) plutôt qu'une réduction des coûts, la plupart des activités ont été heureuses⁴.

Le système du formulaire permet d'économiser de l'argent, car il a du poids lors de négociations des

contrats d'achat et réduit les coûts d'entreposage, les frais généraux associés à l'élaboration de lignes directrices sur l'utilisation des médicaments, la complexité, et favorise une meilleure connaissance des médicaments, ce qui en retour réduit le risque d'utiliser un médicament à mauvais escient. Bien qu'ils soient souvent difficiles à quantifier, les avantages n'en sont pas moins tangibles.

La substitution d'un médicament par un générique constitue un excellent exemple d'activité *para-formulaire* qui a contribué à une réduction notable des coûts en médicaments. On a pu réduire au minimum les coûts en médicaments provenant d'un fournisseur exclusif grâce aux programmes de substitution thérapeutique. Les protocoles de standardisation des schémas posologiques (par exemple, la céfazoline q8h) ont eu un effet positif notable sur les coûts et la charge de travail sans pour autant compromettre les soins aux patients. Selon le sondage de 1997–1998 sur les pharmacies d'hôpitaux au Canada⁵, 65 % des répondants (122 [45 %] des 271 établissements au Canada) ont affirmé avoir mené des évaluations sur l'utilisation des médicaments, 80 % avoir des programmes de substitution thérapeutique, et 22 % avoir réduit leurs achats totaux de médicaments. Plus important encore, un grand nombre de répondants qui ont affirmé avoir réduit leurs coûts en médicaments ont dit que ces réductions pouvaient être attribuables à l'évaluation de l'utilisation des médicaments (37 %), aux politiques d'utilisation restrictive de médicaments (56 %), et à d'autres méthodes de révision du système du formulaire. Imaginez un peu quelles auraient été les conditions sans ces initiatives.

Dans un «Pleins feux sur le formulaire» publié au début de 1999, Neil MacKinnon⁶ soulignait que la plupart des directeurs de pharmacie ont le doigt entre l'arbre et l'écorce, parce qu'ils doivent respecter leur budget alloué aux médicaments. C'est une responsabilité dont les pharmaciens de l'hôpital où je travaille ont commencé à se départir il y a plusieurs années. La responsabilité des coûts en médicaments incombe

maintenant principalement à chacune des unités qui reçoivent des conseils de l'Unité des services cliniques des sciences pharmaceutiques et du Comité de pharmacie et de thérapeutique. Autrement dit, le système du formulaire est centralisé et la responsabilité des coûts est décentralisée. Notre travail est d'aider les unités de soins à respecter leurs budgets et à justifier leurs dépenses excédentaires lorsqu'elles sont fondées et que le budget était irréaliste (comme c'est souvent le cas). Le Dr MacKinnon poursuit en suggérant que l'industrie pharmaceutique pourrait même bien être intéressée à subventionner des études sur l'efficacité des formulaires⁶. En fait, les sociétés pharmaceutiques subventionnent des études préliminaires sur l'efficacité du formulaire chaque fois qu'elles parrainent une étude comparative d'un médicament. L'objectif commun de ces exercices est de déterminer si un médicament est équivalent ou supérieur à un autre pour une indication clinique précise. Faut-il de formulaire, un hôpital est obligé d'avoir en stock les deux médicaments, nonobstant la conclusion de l'étude. Et si l'hôpital gardait un médicament plutôt qu'un autre, c'est donc qu'il y aurait un système de formulaire en place. J'abonde dans le sens du Dr MacKinnon qui finalement recommande de concentrer nos efforts à trouver des moyens d'améliorer l'utilisation des formulaires et de réduire les conséquences non recherchées liées au maintien d'un tel système. En revanche, je ne suis pas sûr d'être d'accord avec la recommandation que l'industrie participe à cette démarche.

Encore une fois, la vraie question ce n'est pas de nous demander si oui ou non nous avons besoin d'un système de formulaire, mais plutôt de quelle manière nous pouvons améliorer ce système de formulaire. Nous devrions nous arrêter moins sur la quantité de médicaments que nous gardons en stock et combien d'argent nous dépensons et nous attarder davantage sur

la manière dont nous utilisons les médicaments mis à notre disposition et comment nous dépensons l'argent nécessaire à la prestation des soins que les Canadiens et les Canadiennes sont en droit de recevoir.

Références

1. Green J. Point: the formulary system and the emperor's new clothes. *Am J Health Syst Pharm* 1986;43:2830-3.
2. Horn S, Sharkey P, Tracy D, Horn C, James B, Goodwin F. Intended and unintended consequences of HMO cost-containment strategies: results from the Managed Care Outcomes Project. *Am J Managed Care* 1996;2:253-64.
3. Horn S. Unintended consequences of drug formularies. *Am J Health Syst Pharm* 1996;53:2204-6.
4. Hazlet T, Hu T. Association between formulary strategies and hospital drug expenditures. *Am J Hosp Pharm* 1992;49:2207-10.
5. 1997/98 annual report: hospital pharmacy in Canada survey. *Can J Hosp Pharm* 1999;52(Suppl 1):S1-40.
6. MacKinnon NJ. When it comes to formularies, where is our focus? *Can J Hosp Pharm* 1999;52:143-4.

Peter J. Jewesson, B. Sc. Pharm., Ph. D., FSCPH, est professeur et directeur du programme de doctorat en pharmacie à la Faculté des sciences pharmaceutiques de l'Université de Colombie-Britannique, et directeur de l'Unité des services cliniques des Sciences pharmaceutiques au Vancouver Hospital and Health Sciences Centre, à Vancouver, en Colombie-Britannique.

Adresse de correspondance

D^r Peter J. Jewesson
CSU Pharmaceutical Sciences
Vancouver Hospital and Health Sciences Centre
855 West 12th Avenue
Vancouver (BC)
V5Z 1M9
courriel : jewesson@interchange.ubc.ca

Cet article est tiré en partie de présentations données lors de l'assemblée générale annuelle de la Section Colombie-Britannique de la SCPH en novembre 1999 et de l'Assemblée générale annuelle de la SCPH en septembre 1997.

