



Qualité de la prescription médicamenteuse : des progrès grâce à la collaboration médecins-pharmaciens

Rev Med Suisse 2009; 5: 0-0

J.-F. Locca
A. Niquille
J.-M. Krähenbühl
H. Figueiredo
O. Bugnon

Drs Jean-François Locca
et Jean-Marc Krähenbühl
Anne Niquille, doctorante
Hugo Figueiredo, doctorant
Pr Olivier Bugnon
Unité de pharmacie communautaire
Section des sciences pharmaceutiques
Universités de Genève et de Lausanne
Pharmacie de la PMU
1011 Lausanne
jean-francois.locca@hospvd.ch
olivier.bugnon@hospvd.ch

Physician-pharmacist collaborative care: a way to improve the quality of drug prescribing

The medical prescription is the end-result of a structured process. It is, in effect, a medico-legal document that binds the physician who writes it as well as the pharmacist who delivers it, with a civil duty of care that is protected by penal sanction. Moreover, prescriptions carry important costs, and can be the source of errors, especially where there are breakdowns in the continuity of patient care. These features underline the importance of the act of «prescribing», and the need for ways to improve its quality through increased efficiency and safety.

The Swiss experience of physicians-pharmacists Quality Circles for drug prescription in the community and in the nursing homes, represent with the medication review a methods of safeguarding quality prescribing.

L'ordonnance médicale représente l'aboutissement d'un processus structuré, un acte médicolegal qui engage la responsabilité civile et pénale du médecin qui la rédige et du pharmacien qui la délivre. Elle est aussi un facteur de coûts, d'erreurs et de ruptures de la continuité des soins et représente autant de raisons de valoriser l'acte et d'améliorer son efficacité. L'article illustre des expériences suisses concrètes : cercles de qualité médecins-pharmaciens dans le milieu ambulatoire et en EMS ainsi que les analyses de médication. Elles démontrent qu'améliorer la qualité de la prescription sous-entend le renforcement des principes d'éthique biomédicale, de partenariats locaux, de transparence et d'incitations positives dans l'intérêt des patients et de la santé publique.

L'ORDONNANCE MÉDICALE OU L'ABOUTISSEMENT D'UNE DÉMARCHE FORMALISÉE

La prise en charge médicale du patient fait intervenir des étapes essentielles allant de l'identification des problèmes de santé à la recherche des meilleures options thérapeutiques. La prescription médicamenteuse représente ainsi l'option la plus fréquemment utilisée par le médecin. L'ordonnance formalise le plan thérapeutique qui devrait obtenir l'accord du patient (concordance); elle représente une ligne de conduite écrite, un sésame pour le remboursement par l'assurance et un outil de communication essentiel pour la suite du processus assurée par le pharmacien.¹ L'ordonnance médicale n'a rien d'un «billet à commission» qui donne droit

à retirer ses boîtes à la pharmacie. Elle représente l'aboutissement d'un processus structuré, un acte médicolegal qui engage la responsabilité civile et pénale du médecin qui la rédige et du pharmacien qui la délivre. Elle est aussi un facteur de coûts, d'erreurs et de ruptures de la continuité des soins (par exemple hôpital-ambulatoire) : autant de raisons de valoriser l'acte et d'améliorer son efficacité.

QUALITÉ DE LA PRESCRIPTION ET FACTEURS POUVANT L'INFLUENCER

En Suisse, il n'existe pas de standard de qualité pour la prescription médicamenteuse, hormis des principes éthiques ou législatifs généraux. Dans ses choix de prescription, le médecin intègre d'autres facteurs que les données scientifiques comme : l'habitude, les croyances en la vertu thérapeutique, sa perception du patient, les aspects psychosociaux, les contraintes économiques, le désir d'éviter une complication, pour n'en citer que quelques-uns.¹⁻⁵ L'attente du patient⁶ en fait évidemment aussi partie : selon un article⁵ paru dans le *BMJ* en 1997 sur la pression de prescrire, les médecins ont classifié plus de 20% de leurs prescriptions comme étant «non strictement nécessaires».



RECHERCHE, CONFLITS D'INTÉRÊTS ET POLÉMIQUES: QUELQUES EXEMPLES SULFUREUX

«Un Madoff de la recherche médicale!». C'est ainsi que les manchettes des journaux ont décrit le cas du Dr Scott Reuben, professeur d'anesthésiologie, révélé coupable par les autorités pour avoir falsifié les résultats d'au moins 21 essais cliniques au cours des douze dernières années.⁷ Ses recherches ont contribué à la mise sur le marché par la Food and Drug Administration (FDA) des anti-inflammatoires dits coxibes comme le Celebrex (Pfizer) ou le Vioxx (Merck), et ce sur la base de fausses données et de patients fictifs.⁸ Entre firmes pharmaceutiques «aveugles», patients et soignants «floués», et revues de publications prises en défaut, cet exemple à l'ampleur internationale met en cause la crédibilité des revues scientifiques qui orientent les prescriptions médicamenteuses.⁹

«ALLHAT ou l'impact minime d'une grande étude».¹⁰ Publié à la fin 2002 aux Etats-Unis et financé par l'argent public, l'essai ALLHAT aurait pu modifier le traitement de l'hypertension artérielle (HTA). Il a en effet démontré avec un haut niveau de preuves que l'amlodipine, le lisinopril et la doxazosine, tous largement prescrits, n'ont pas d'efficacité supérieure pour prévenir les complications cardiovasculaires de l'HTA comparés au diurétique chlortalidone, avec un profil de risque (effets secondaires) similaire à ce dernier.¹¹ Malgré ces résultats, l'impact de cette étude reste très faible, six années plus tard, en regard des espérances d'économies des investisseurs. ALLHAT a montré la difficulté de modifier la pratique médicale, les stratégies industrielles pour en minimiser l'écho ainsi que l'attitude peu critique des prescripteurs et la faiblesse des autorités sanitaires pour y faire face.

Ces deux exemples illustrent l'importance de l'indépendance des choix dans l'acte de prescrire pour une prise en charge du patient la plus efficace possible. Se tourner vers une information plus objective et indépendante requiert cependant du temps et des compétences particulières, d'où l'intérêt (international croissant accordé à la collaboration médecins de premier recours et pharmaciens d'officine. Le renforcement en Suisse des soins de premier recours se trouve d'ailleurs retranscrit dans les objectifs de la Loi fédérale sur les professions médicales (LPMéd). Les cursus universitaires comme la formation continue et postgraduée en médecine générale et en pharmacie communautaire s'adaptent et les premières chaires universitaires spécifiques ont vu le jour. Il reste par contre à construire des ponts (*collaborative care*) entre ces deux disciplines complémentaires. La Policlinique médicale universitaire (PMU) de Lausanne est privilégiée puisqu'elle réunit, entre autres, l'Unité de pharmacie communautaire (universités de Genève et de Lausanne), la consultation générale de médecine interne générale ambulatoire dans laquelle se forment de nombreux futurs médecins de premier recours et l'Institut universitaire de médecine générale (IUMG, Université de Lausanne). La suite de l'article illustre ainsi quelques travaux en cours dans l'Unité de pharmacie communautaire à propos de la qualité de la prescription médicamenteuse.

LES CERCLES DE QUALITÉ MÉDECINS-PHARMACIENS, LA FORCE DU RÉSEAU DE PROXIMITÉ

Un cercle de qualité médecins-pharmaciens (CQ) pour la prescription médicamenteuse repose sur une démarche volontaire, coordonnée par des pharmaciens d'officine spécifiquement formés, visant l'amélioration de la sécurité et de l'efficacité de la prescription de médecins de premier recours.¹²⁻¹⁶

L'impact pharmacoéconomique de six CQ pionniers, regroupant six pharmaciens et vingt-quatre médecins fribourgeois, a été évalué sur une période de neuf ans (1999-2007) par rapport à un groupe témoin de médecins omnipraticiens travaillant sans relation privilégiée avec un pharmacien (figure 1).¹⁷ La différence cumulée entre les groupes est de 42% en faveur des CQ, représentant pour 2007 une somme de CHF 230 000.– par médecin. Ceci s'explique par un profil de prescription plus sûr et plus efficace, une meilleure pénétration des génériques, une attitude plus pondérée vis-à-vis du marketing, une formation continue interdisciplinaire spécifique, et une meilleure application des recommandations nationales ou internationales.

A titre d'exemple et vu l'augmentation des résistances bactériennes,¹⁸ les cercles de qualité médecins-pharmaciens se sont intéressés à l'amélioration de la qualité de l'antibiothérapie (étude soutenue par le Fonds National Suisse (PNR49)). Des tendances de prescriptions plus favorables ont ainsi été observées dans les cercles de qualité médecins-pharmaciens.¹⁹ La figure 2 illustre les résultats pour la famille des quinolones qui a vu progresser sa densité de prescriptions de 2002 à 2007 parallèlement à une forte augmentation de la résistance bactérienne à son égard.²⁰ Un des mérites de ce projet est de donner pour la première fois un éclairage sur la prescription antibiotique en médecine de premier recours; la fonction «senti-

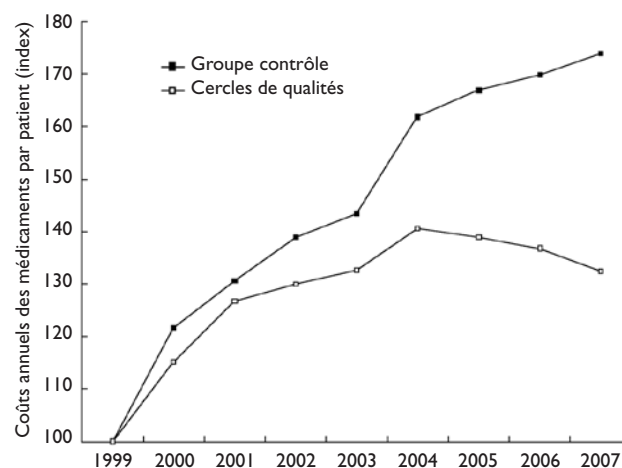


Figure 1. Evolution du coût médicamenteux annuel par patient dans le groupe des cercles de qualité (24 médecins) et dans le groupe témoin (de 79 à 753 médecins) entre 1999 et 2007

Les coûts sont représentés sous forme d'un index fixé à 100 pour l'année 1999. En 2007, l'index est de 173,9 pour le groupe témoin et de 132,4 pour les cercles de qualité, ce qui se chiffre par un différentiel de 42% et une économie d'environ CHF 230 000.– par médecin.

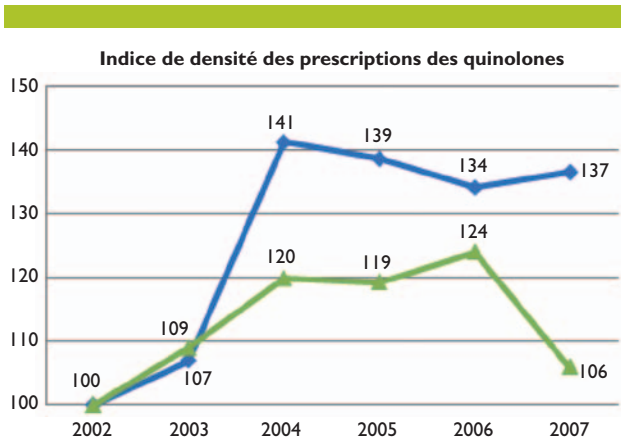


Figure 2. Evolution de la densité de prescription des quinolones de 2002 à 2007 pour les CQ_{pionniers} (vert) et le Groupe Témoin (bleu)

L'indice est fixé à 100 pour l'année de référence 2002 correspondant à 0,98 DID (defined daily doses) par 1000 habitants et par jour pour le Groupe Témoin et à 1,09 pour les CQ_{pionniers}. CQ: cercle de qualité.

nelle» des cercles de qualité devrait être encouragée vu leur capacité à caractériser et à promouvoir l'utilisation plus rationnelle des antibiotiques.

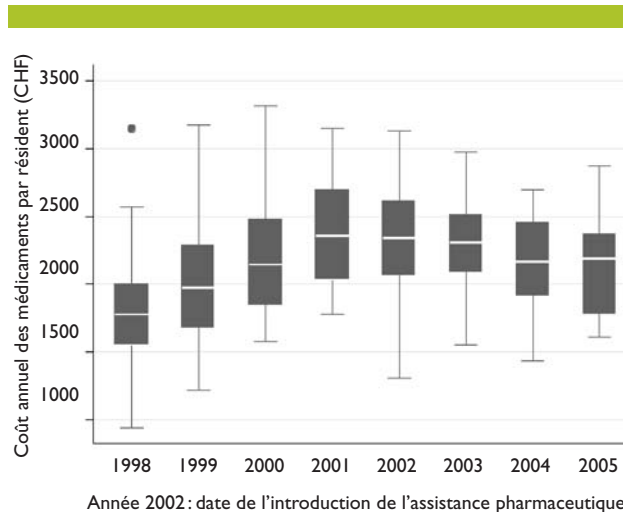
L'intérêt des CQ à titre de réseau local de collaboration est largement confirmé: les médecins travaillant avec les pharmaciens modifient leurs prescriptions de manière durable et la maîtrise des coûts médicamenteux est obtenue, selon nos données, sans concession sur la qualité des traitements. Soutenus par pharmaSuisse, la Société suisse des pharmaciens, ce sont ainsi plus de 70 cercles qui travaillent de la sorte en 2009, avec succès et satisfaction.

LES CERCLES DE QUALITÉ MÉDECINS-PHARMACIENS, AUSSI EN EMS

Les méthodes de travail des cercles de qualité médecins-pharmaciens ambulatoires ont été reprises avec succès dans les établissements médico-sociaux (EMS) fribourgeois depuis 2002, en élargissant la coopération aux infirmières et aux directeurs administratifs.

La fonction d'«assistance pharmaceutique» est définie par un cahier des charges et une formation postgraduée spécifiques. Le pharmacien assure notamment un suivi de la consommation en médicaments basée sur l'intérêt du patient et le principe d'économicité. Il identifie des priorités de rationalisation et anime la réflexion jusqu'à la définition et l'application d'un meilleur consensus thérapeutique. Les résultats obtenus avec le soutien de tous les intervenants montrent que la démarche permet non seulement d'homogénéiser les pratiques au sein même des EMS, mais également de maîtriser l'évolution du coût des traitements médicamenteux dans les limites du forfait accordé par les assureurs.²¹

En 2009, l'assistance pharmaceutique est assurée à Fribourg par 22 pharmaciens consultant auprès de 43 EMS pour environ 2200 résidents. Les coûts annuels moyens en médicaments par résident ont diminué de 16,4% entre 2002



Année 2002: date de l'introduction de l'assistance pharmaceutique

Année	Nombre d'EMS inclus dans l'analyse	Nombre de résidents	Coût annuel moyen des médicaments par résident (CHF)
1998	26	1631	1788.55
1999	26	1631	2006.20
2000	26	1631	2180.85
2001	27	1754	2399.85
2002	22	1260	2347.30
2003	28	1712	2318.90
2004	37	2036	2162.65
2005	38	2035	2118.-

Figure 3. Evolution du coût annuel moyen des médicaments par résident dans l'ensemble des EMS fribourgeois avant et après l'introduction de l'assistance pharmaceutique en 2002.

EMS: établissement médico-social.

et 2005 (figure 3). Durant la même période, le coût des médicaments augmentait de 28,1% dans le milieu ambulatoire. Ces résultats économiques significatifs (*Chow test*, $p < 0,001$) ont été obtenus sans péjoration de la mortalité ni transfert de charges vers les hôpitaux.²¹ Cet effet positif se maintient d'ailleurs trois ans plus tard. Un modèle économétrique a permis d'identifier les paramètres sur lesquels il est possible ou non d'agir afin de rendre possible des prévisions pour le futur ainsi que de définir des priorités d'action à l'échelle du canton ou à l'échelle de chaque EMS individuel.²¹ En résumé, l'approche interdisciplinaire et les économies générées ont permis de financer toutes les situations de patients sévèrement atteints dans leur santé, de baisser le montant du forfait, de soutenir les tâches administratives des EMS, d'encourager la formation continue (notamment en psychogériatrie^{22,23}) de financer le travail des pharmaciens responsables, de rembourser une somme importante d'argent aux assureurs et, dès 2009, de financer le travail de recherche.

ANALYSES DE MÉDICATION (MEDICATION REVIEW, MR): DES PREMIERS PAS PROMETTEURS

Sur la confiance mutuelle née des cercles de qualité, il est plus facile d'envisager d'autres coopérations favorisant



la qualité de la prescription. L'analyse de médication, notamment, est une revue globale et structurée de l'ensemble du dossier pharmaceutique de patients chroniques. Cette prestation pharmaceutique peut, en plus du dossier médicaments, se baser sur un entretien avec le patient (connaissances et représentations, compliance, effets indésirables, ressenti vis-à-vis des traitements...) ainsi que sur certaines données médicales (valeurs de laboratoire, objectifs thérapeutiques, antécédents...) fournies par les médecins traitants. Ces derniers peuvent ainsi optimiser l'efficacité et la sécurité des traitements en tenant compte des propositions formulées par des pharmaciens, formés spécifiquement.^{24,25}

Cette collaboration existe depuis dix à vingt ans dans les pays anglo-saxons (Australie, Angleterre, Etats-Unis) dans des structures ambulatoires et hospitalières, des établissements pour personnes âgées ou des réseaux de soins. Elle cible en particulier les patients polymédiqués.

L'effet sur les coûts médicamenteux directs, sur la résolution de problèmes liés à la médication et sur certains paramètres cliniques a été démontré.²⁶⁻²⁸ La recherche doit cependant encore préciser l'impact de la coopération interdisciplinaire en milieu ambulatoire sur la morbi-mortalité (hospitalisation, mortalité).^{29,30}

Une récente étude pilote menée en Suisse romande a montré un rapport de cotes (*odd ratio*) statistiquement significatif ($p < 0,05$) entre l'absence de problèmes de médication (*Drug related problems* – DRP; par exemple interactions, mauvaise adhésion, effets indésirables) et la probabilité pour un patient cardiovasculaire d'atteindre des objectifs cliniques (tension artérielle, LDL, hémoglobine glyquée) ainsi que de présenter des coûts médicaux plus faibles. Ce programme d'analyses de médication (AM) structurées, comprenant des entretiens avec les patients et l'accès aux données cliniques, a fait l'objet d'une analyse transversale descriptive.³¹ 85 AM ont été ainsi réalisées par onze pharmaciens communautaires, en collaboration avec 61 médecins généralistes, au sein de leur clientèle âgée de 56 à 75 ans, sous traitement cardiovasculaire (médiane = 4 médicaments chroniques). Les AM ont permis de détecter au moins un problème médicamenteux (DRP) ou économique (EP) chez 91% des patients inclus. 20% des DRP suggéraient des problèmes de sécurité pour le patient, 37% des questions d'efficacité et 42% des problèmes d'adéquation de la thérapie (sur- ou sous-prescription).

En tenant compte des recommandations des pharmaciens, l'économie potentielle se montait à 11% des coûts médicamenteux. Elément important pour estimer la plus-value ressentie par les praticiens, l'appréciation des recommandations pharmaceutiques par les médecins traitants était très bonne puisqu'environ 70% d'entre elles étaient considérées comme devant être prises en compte en priorité.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES: AVANTAGE DES RÉSEAUX DE PROXIMITÉ

Les expériences décrites dans cet article suggèrent que la collaboration médecins de premier recours-pharmaciens d'officine au niveau local peut concrètement améliorer la qualité de la prescription médicale, même si les barrières au changement sont encore majeures. Le programme fribourgeois d'assistance pharmaceutique en EMS consolide ses acquis et prépare un projet-pilote d'analyses de médicaments ainsi qu'un programme d'action pour limiter les erreurs médicamenteuses. L'expérience fribourgeoise a inspiré une démarche comparable en Valais et, depuis 2008, dans une dizaine d'EMS vaudois. Ce dernier projet est piloté par le département de la santé et de l'action sociale (DSAS) avec la participation des organisations faïtières de médecins, des pharmaciens d'officine et hospitaliers, des EMS et des assureurs maladie. Avec clairvoyance, le canton soutient financièrement les pionniers ainsi que le projet scientifique qui accompagne la démarche des praticiens.

Une fois la confiance bâtie et les compétences spécifiques de chacun reconnues, les réseaux locaux peuvent viser d'autres objectifs de qualité des soins comme par exemple l'adhésion thérapeutique, la responsabilisation des patients (*patient empowerment*), la prévention et la promotion de la santé, l'intégration des soins (*integrated care*), l'utilisation des technologies de l'information (*e-health*) ou la gestion coordonnée de certaines pathologies chroniques (*disease management*). Cette (r)évolution doit toucher la formation des acteurs de santé, la recherche en médecine et pharmacie communautaires, le cadre législatif et les incitations socio-économiques propices au changement. Les expériences suisses citées démontrent que des praticiens osent rêver à une voie responsable entre le tout social et le tout commercial: une voie qui défend des priorités de santé publique comme un investissement pour un développement durable de la société. ■

Bibliographie

- 1 Arnould P, Arnould M, Rainieri F. Prescription médicamenteuse: quels sont les éléments de qualité et de sécurité? La Revue du Praticien Médecine Générale 2007;21:1099-100.
- 2 Chauhan D, Mason A. Factors affecting the uptake of new medicines in secondary care – a literature review. J Clin Pharm Ther 2008;33:339-48.
- 3 Mason A. New medicines in primary care: A review of influences on general practitioner prescribing. J Clin Pharm Ther 2008;33:1-10.
- 4 Schumock GT, Walton SM, Park HY, et al. Factors that influence prescribing decisions. Ann Pharmacother 2004;38:557-62.
- 5 * Greenhalgh T, Gill P. Pressure to prescribe. BMJ 1997;315:1482-3.
- 6 Bradley CP. Decision making and prescribing patterns – a literature review. Fam Pract 1991;8:276-87.
- 7 Nau JY. The formidable fraud of Dr. Scott Reuben. Rev Med Suisse 2009;5:698-9.
- 8 Prescrire. Essais truqués: grâce à qui? La Revue Prescrire 2009;29:695.
- 9 Lenzer J. Prominent celecoxib researcher admits fabricating data in 21 articles. BMJ 2009;338:b966.
- 10 Pollack A. The minimal impact of a big hypertension study. The New York Times, 2008.
- 11 Appel LJ. The verdict from ALLHAT-thiazide diuretics are the preferred initial therapy for hypertension. JAMA 2002;288:3039-42.
- 12 Bugnon O, Niquille A, Repond C, et al. Les cercles de qualités médecins-pharmaciens: un réseau local reconnu pour maîtriser les coûts et la qualité de la prescription médicale. Med Hyg 2004;62:2054-8.
- 13 Bugnon O, Repond C, Nyffeler R. Les cercles de qualité médecins-pharmaciens: l'avantage des réseaux de proximité pour améliorer l'efficacité de la prescription médicale. Managed Care 2006;3:6-9.
- 14 La rédaction Prescrire. Cercles de qualité: des médecins et des pharmaciens ouvrent la voie. La Revue Prescrire 2000;20:146-8.
- 15 Essential Drugs Monitor editors. Swiss Quality Circles: Improving health care, reducing costs. Essential Drugs Monitor 2001;30:22.



- 16** Coopérative professionnelle pour les pharmaciens suisses (OFAC). www.ofac.ch 2009 dernier accès 31.08.09.
- 17** Niquille A, Ruggli M, Buchmann M, et al. A nine-year sustained pharmacoeconomic analysis of Swiss pilot physicians-pharmacists quality circles effectiveness. Soumis pour publication.
- 18** Lieberman JM. Appropriate antibiotic use and why it is important: The challenges of bacterial resistance. *Pediatr Infect Dis J* 2003;22:1143-51.
- 19** Zanetti G, et al. Use of antibiotics in Switzerland: Investigation of a monitoring system, NRP 49 «Antibiotic Resistance». Final Report, 2007.
- 20** Arias CA, Murray BE. Antibiotic-resistant bugs in the 21st century – a clinical super-challenge. *N Engl J Med* 2009;360: 439-43.
- 21** Locca J-F, Ruggli M, Buchmann M, et al. Development of pharmaceutical care services in nursing homes: Practice and research in a Swiss canton. *Pharm World Sci* 2009;31:165-73.
- 22** Locca JF, Büla CJ, Zumbach S, et al. Pharmacological treatment of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in nursing homes: Development of practice recommendations in a Swiss Canton, 2008.
- 23** Locca J-F, Zumbach S, Büla CJ, et al. Management of elderly patients with delirium or dementia in Swiss nursing homes. *Rev Med Suisse* 2007;3:2519-20, 2522, 2524.
- 24** Krähenbühl JM, Decollogny A, Bugnon O. Using the costs of drug therapy to screen patients for a community pharmacy-based medication review program. *Pharm World Sci* 2008;30:816-22. Epub 2008 Jun 13.
- 25** Krähenbühl JM, Kremer B, Guignard, et al. Practical evaluation of the drug-related problem management process in Swiss community pharmacies. *Pharm World Sci* 2008;30:777-86. Epub 2008 Apr 6.
- 26** De Smet PA, Dautzenberg M. Repeat prescribing: Scale, problems and quality management in ambulatory care patients. *Drugs* 2004;64:1779-800.
- 27** Williams ME, Pulliam CC, Hunter R, et al. The short-term effect of interdisciplinary medication review on function and cost in ambulatory elderly people. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:93-8.
- 28** Centre for Reviews and Dissemination. Pharmaceutical care services: A systematic review of published studies, 1990 to 2003, examining effectiveness in improving patient outcomes (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effects* 2006;4:2005.
- 29** Silcock J, Petty D. Pharmacist-led medication review: Comment on Holland et al. 2008. *Br J Clin Pharmacol* 2008;66:575.
- 30** Holland R, Desborough J, Goodyer L, et al. Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 2008;65:303-16.
- 31** Niquille A, Bugnon O. Community pharmacist-led medication reviews and economic, clinical and humanistic outcomes: A cross-sectional study. Soumis pour publication.

* à lire

** à lire absolument