

Pour une approche concertée de la gestion du médicament : réorganisation des activités entourant le comité de pharmacologie

Patricia Lefebvre

Résumé

Le présent article décrit la démarche de réorganisation d'un comité de pharmacologie et l'influence du département de pharmacie.

Problématique

Au Canada, le coût des médicaments correspond à 15 % du budget total de la santé et représente la composante de santé ayant le taux de croissance le plus élevé¹. On rapporte des augmentations annuelles des coûts des médicaments en établissement de santé de 12 % à 15 % pour les clientèles tant hospitalisées qu'ambulatoires^{2,3}. Cette croissance des coûts des médicaments, une technologie en plein essor, représente un défi de taille pour les établissements qui doivent continuer d'offrir une pharmacothérapie optimale à un coût socialement acceptable. Les coûts des médicaments au sein d'un établissement sont déterminés par : 1) les facteurs externes tels que la clientèle (mission, indice de sévérité et comorbidité) et le marché (coût des médicaments, inscription à la liste provinciale, programmes d'accès spéciaux); et 2) les facteurs internes tels que la pratique clinique des médecins et des pharmaciens et les mécanismes de revue d'utilisation des médicaments⁴. La gestion de la liste de médicaments d'un établissement, aussi appelée *formulaire*, doit refléter le jugement actuel des cliniciens sur la pharmacothérapie et peut avoir une influence indéniable sur la pratique clinique et les coûts des médicaments⁵. La fusion des cinq sites du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) a nécessité de revoir en profondeur les modalités de fonctionnement du comité de pharmacologie et de la gestion de l'utilisation du médicament.

Résolution de la problématique

Notre réflexion nous a permis de réévaluer le rôle et les responsabilités du comité de pharmacologie, son fonctionnement ainsi que le cadre décisionnel pour l'ajout de nouvelles molécules et de nouvelles indications. L'adoption d'un modèle basé sur les données probantes et les lignes directrices ayant un rapport coût-efficacité socialement acceptable a été proposée. Afin de mettre en place ce modèle, cinq initiatives ont été entreprises : 1) créer un poste de coordonnateur du comité de

pharmacologie et un poste de pharmacien évaluateur; 2) réviser le fonctionnement du comité de pharmacologie; 3) réviser le formulaire pharmacothérapeutique des cinq sites; 4) procéder à des revues d'utilisation et diffuser le profil d'utilisation aux cliniciens sur une base continue; et 5) obtenir l'engagement des cliniciens (médecins et pharmaciens).

Créer un poste de coordonnateur du comité de pharmacologie et un poste de pharmacien évaluateur

Le coordonnateur du comité de pharmacologie assume le poste de secrétaire du comité. Il révisé les évaluations, identifie les glissements thérapeutiques, propose la tenue de revues d'utilisation, porte à l'attention du comité la publication de nouvelles lignes directrices et suggère, le cas échéant, la révision des pratiques au sein des sites. Il participe aux travaux des groupes de travail responsables des différentes classes thérapeutiques du formulaire et publie les travaux du comité de pharmacologie. Il est assisté d'un pharmacien évaluateur qui est responsable de la revue de la documentation, de l'évaluation critique des études cliniques et de la rédaction du rapport d'évaluation. Le rapport d'évaluation est révisé par un pharmacien et un médecin spécialiste du domaine approprié, puis il est remis aux membres du groupe de travail. Le groupe est responsable de recommander les médicaments de la classe thérapeutique qui doivent apparaître au formulaire de l'établissement. Le travail de bureau (confirmation des rencontres, réservations de salle, envoi de l'avis de convocation, des procès-verbaux et des bulletins d'information, publication sur l'intranet des décisions du comité de pharmacologie) est assumé par une secrétaire. Les ressources pharmaceutiques consacrées à cette pratique sont les suivantes : coordonnateur (0,5 équivalent-temps plein [ETP]), pharmacien-évaluateur (1 ETP), pharmacien-clinicien (0,2 ETP), pharmacien secrétaire du sous-comité d'infectiologie (0,2 ETP), secrétaire (0,2 ETP), étudiant en pharmacie chargé des revues d'utilisation. Le comité de pharmacologie organise un minimum de 10 réunions (~ 90 minutes) par année.

*Patricia Lefebvre, B.Pharm., M.Sc.,
est chef du département de pharmacie au
Centre universitaire de santé McGill.*

Réviser le fonctionnement du comité de pharmacologie

La révision des modalités de fonctionnement du comité de pharmacologie nous a permis de confirmer son rôle en matière d'évaluation des médicaments incluant les médicaments du programme d'accès spécial, de pharmacovigilance, d'information et de formation auprès des cliniciens. Le comité de pharmacologie doit travailler en constante collaboration avec les cliniciens – médecins et pharmaciens – et les comités cliniques du CUSM afin de s'assurer que le formulaire et les lignes directrices répondent aux besoins de la clientèle. En présence d'un processus dynamique, les travaux du comité de pharmacologie peuvent être considérés comme un outil d'aide à la décision clinique. Dans l'ère de l'explosion des coûts des médicaments, la collaboration des cliniciens aux travaux du comité de pharmacologie est un incontournable. L'accès à l'information offert aux cliniciens oriente leur choix thérapeutique. Il faut miser sur l'expertise et l'imputabilité des cliniciens pour « contrôler » la croissance des coûts des médicaments.

À titre d'exemple, le comité de pharmacologie s'est associé au comité d'éthique pour procéder à l'évaluation de l'introduction de l'infliximab au moment où ce médicament n'était disponible que par l'entremise du programme d'accès spécial de Santé Canada. Le comité d'éthique a revu le protocole de traitement et la feuille de consentement remise aux patients. Le comité de pharmacologie a précisé le cadre d'utilisation, notamment en recommandant : 1) l'organisation des soins et services au sein de l'unité de recherche clinique; 2) la gestion centralisée de l'inventaire et de la préparation au département de pharmacie; et 3) la gestion de l'évaluation de l'utilisation par un comité d'experts composé de deux rhumatologues désignés par les membres de leur division afin d'évaluer la pertinence d'un traitement selon les lignes directrices et de faire un suivi au comité de pharmacologie⁵. Cette approche a été adoptée par la division de rhumatologie, et ce suivi systématique a conduit à la publication de deux articles sur l'expérience clinique du CUSM avec l'infliximab.

Encore à titre d'exemple, le comité de prévention des infections auquel siège la secrétaire du sous-comité d'infectiologie, présente mensuellement le nombre de cas rapportés de *Clostridium difficile* au CUSM. Afin de compléter l'analyse, les détails de la consommation d'antibiotiques par unité de soins ainsi que les traitements prescrits en présence de *C. difficile* sont intégrés à ces données. Cette pharmacovigilance permet au sous-comité d'infectiologie d'intervenir rapidement et d'apporter des changements aux lignes directrices au besoin. Récemment, l'analyse détaillée a mené le sous-comité à proposer un nouveau protocole de traitement, lequel exige

une consultation d'un infectiologue pour les cas qui ne répondent pas au métronidazole suivi d'un traitement à la vancomycine. L'impact de ce nouveau protocole sera évalué et les résultats seront diffusés.

La diffusion de ces travaux et des décisions est essentielle. Les décisions du comité de pharmacologie ainsi que le formulaire, les évaluations, les protocoles de traitement et les lignes directrices sont publiés sur l'intranet du département de pharmacie. Cet outil rend l'information accessible à tous les cliniciens, à toute heure de la journée, où qu'ils se trouvent au CUSM. En somme, la réorganisation des activités a permis au comité de pharmacologie d'apporter sa contribution aux autres comités cliniques du CUSM afin de s'assurer que les algorithmes de traitement sont, en tout temps, adaptés aux circonstances cliniques.

Réviser le formulaire pharmacothérapeutique des cinq sites

La fusion des formulaires des sites adultes du CUSM nécessitait une approche structurée, exempte de jugement sur les décisions préalables à la fusion. Le processus de révision du formulaire thérapeutique a été mené en utilisant les critères suivants pour déterminer les priorités d'évaluation. Les critères retenus sont : 1) la publication de nouvelles lignes directrices; 2) l'incidence de réactions indésirables avec un médicament ou un protocole; 3) le pourcentage du budget d'une classe pharmacologique; 4) le pourcentage du budget d'un produit (p. ex. la liste des 15 médicaments les plus utilisés en dollars); et 5) les résultats d'une revue d'utilisation ou d'une analyse de l'impact d'une nouvelle molécule après son introduction ou d'une nouvelle indication qui dépasse les prévisions.

Au CUSM, quatre classes pharmacologiques représentent 67 % du budget en 2002-2003, soit la classe 10 :00 – antinéoplasiques (31 %), la classe 08 :00 – anti-infectieux (16 %), la classe 20 :00 – médicaments du sang (10 %) et la classe 24 :00 – médicaments du cœur (10 %). Dans un premier temps, nous avons concentré nos efforts de révision du formulaire sur ces classes. Des groupes de travail composés d'experts médecins et pharmaciens ont été créés pour revoir le contenu de chaque classe thérapeutique par consensus. Lorsque le consensus est obtenu, un délégué médecin et un délégué pharmacien sont invités à présenter leurs recommandations au comité de pharmacologie. Les décisions du comité sont valides pour une durée d'un an à moins que de nouvelles publications remettent en question les recommandations ou qu'un constat de mauvaise utilisation ne soit fait. Comme nous n'avons pas révisé toutes les classes, il est possible de recevoir une demande pour un médicament en particulier. Dans ce cas, la signature du chef du département est requise. L'évaluation est complétée et transmise

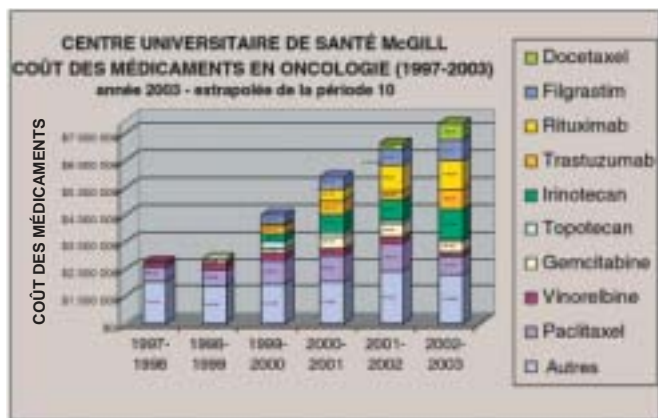
au département demandeur pour commentaires avant sa présentation au comité de pharmacologie.

La recherche de consensus peut entraîner des délais. Toutefois, l'objectif est de soulever un débat au sein du groupe d'experts qui deviennent les « champions » et qui doivent assumer leurs choix et s'assurer de l'application de leurs décisions. Nous avons noté que l'implication des leaders cliniciens dès le début du processus favorise l'imputabilité des choix thérapeutiques et la responsabilité financière des cliniciens.

Procéder à des revues d'utilisation, diffuser le profil d'utilisation aux cliniciens sur une base continue et obtenir l'engagement des cliniciens (médecins et pharmaciens)

Une analyse des données disponibles nous a permis d'identifier les dépenses en médicaments, les molécules en émergence, les tendances et les zones de dérapage. La figure 1 illustre les tendances en hématologie-oncologie.

Figure 1 Profil des tendances des dépenses en médicaments en hématologie-oncologie



Cette analyse illustre cinq constats : 1) 11 médicaments représentent 80 % des dépenses en médicaments en oncologie; 2) l'augmentation des coûts en oncologie est principalement due à l'introduction de nouvelles molécules; 3) l'utilisation d'un médicament croît au cours des années; et 4) pour la majorité des nouveaux médicaments, la molécule est introduite d'abord en traitement de deuxième intention. Toutefois, les résultats des études cliniques confirment l'efficacité de ces molécules, qui deviennent utilisées en traitement de première intention. De plus, nous constatons au niveau clinique que les combinaisons de nouveaux médicaments en première intention sont plus souvent efficaces et que la tolérance au traitement avec certaines molécules est excellente. Par exemple, le trastuzumab et la vinorelbine sont administrés pour un nombre de cycles supérieur à celui documenté dans les études mais ils sont très bien tolérés.

À la suite de l'analyse détaillée de ces données, nous avons procédé à une revue d'utilisation sur le rituximab. L'analyse des cas « hors indications » nous a révélé que l'utilisation était conforme, dans la majorité des cas, aux nouvelles données publiées. Ainsi, nous avons ajouté ces indications à notre règle d'utilisation pour ce médicament inscrit au formulaire du CUSM. Ce processus démontre l'importance d'élaborer le formulaire thérapeutique de façon dynamique pour informer adéquatement les cliniciens.

De la même façon, nous avons procédé à une revue d'utilisation des antifongiques en 2001-2002 principalement chez les patients neutropéniques et greffés. Le sous-comité d'infectiologie a développé un nouvel algorithme de traitement des infections antifongiques. L'analyse des réactions indésirables a permis de constater que le protocole de prémédication utilisé avant l'administration d'amphotéricine B n'était pas appliqué systématiquement. De plus, le sous-comité a émis des critères pour l'utilisation d'amphotéricine liposomale, soit la demande de consultation d'un infectiologue, la présence d'immunodéficience ou d'une insuffisance rénale, la présence d'une réaction indésirable à une infusion d'amphotéricine B ou la présence d'une infection fongique résistante au fluconazole ou à l'amphotéricine⁶. Le comité de pharmacologie a publié le nouveau protocole de traitement. Huit mois après l'entrée en vigueur de l'algorithme, le sous-comité a entrepris une deuxième revue d'utilisation qui a permis de constater un taux élevé de conformité aux lignes directrices. De plus, la consommation d'amphotéricine liposomale a diminué de 30 %, une économie de 300 000 \$ pour 2002-2003, et ce, sans impact négatif sur la qualité des soins.

À la demande des cliniciens, le profil d'utilisation détaillé pour chaque médicament, par service ou département, peut être fourni. La diffusion d'informations sur la consommation permet au groupe de travail d'identifier des cibles d'amélioration et d'apporter des correctifs rapidement.

Conclusion

Le médicament est une technologie de pointe en plein essor. Les membres du département de pharmacie peuvent contribuer à développer une approche concertée de la gestion du médicament en favorisant la réorganisation des activités entourant le comité de pharmacologie.

Pour toute correspondance :
Patricia Lefebvre
Chef du département de pharmacie
Centre universitaire de santé McGill
1650, avenue Cedar (C1-200)
Montréal (Québec) H3G 1A4
Téléphone : (514) 934-1934 poste 43321
Courriel : patricia.lefebvre@muhc.mcgill.ca

Abstract

This article describes the reorganisation process of a pharmacology committee and the influence of the pharmacy department.

Références

1. Canadian Institute for Health Information (CIHI). Report on Canadian's Health Care System. Ottawa. CIHI. www.cihi.ca.
2. Rapport canadien sur la pharmacie hospitalière 2001-2002. www.lillyhospitalreport.org.
3. Shah ND, Hoffman JM, Vermulen LC et coll. Projecting future drug expenditures – 2003. Am J Health-Syst Pharm 2003;60:137-49.
4. Macintyre, CR, Doungkamol S, Rubin G. Modelling strategies for reducing pharmaceutical cost in hospital. International Journal for Quality in Health Care 2001;13(1):63-69.
5. ASHP Symposium. Case studies in effective formulary management. AM J Hosp Pharm 2003;60(Suppl 1):S3-S19.
6. Anonymous. International consensus statement on biologic agents. Annals of Rheumatic Diseases, Fall 2002.

NOUVEAUTÉS EN PHARMACOTHÉRAPIE

Kepra^{MD} (lévétiracétam) de Lundbeck Canada Inc. a été approuvé par Santé Canada pour le traitement adjuvant des patients épileptiques dont les crises ne sont pas contrôlées de manière satisfaisante par les traitements classiques. • Information : Dr Marie A. Gagné, Lundbeck Canada Inc., tél. : (514) 844-8515, poste 226.

Advandamet^{MD} (maléate de rosiglitazone et chlorhydrate de metformine) de GlaxoSmithKline a été approuvé par Santé Canada pour le traitement du diabète de type 2. • Information : Marie-Christine Beauchemin, GlaxoSmithKline, tél. : (514) 956-3105.