

POLITIQUE SCIENTIFIQUE BELGE

PROGRAMME DE RECHERCHE: COHÉSION SOCIALE

RESUME

**CHOIX ET CONSOMMATION DES MEDICAMENTS DANS LES
HOPITAUX BELGES**

ACTIVITES DU COMITE MEDICO-PHARMACEUTIQUE

MARIE-CHRISTINE CLOSON¹

HUGO ROBAYS²

EN COLLABORATION AVEC

TIENE BAUTERS²

FRANKY BUYLE²

PIERRE CHEVALIER¹

BARBARA CLAUS²

MICHELINE GOBERT¹

ELS KESTENS²

ANNEMIE SOMERS²

¹*Université Catholique de Louvain, Centre interdisciplinaire en économie de la santé*

²*Hôpital universitaire de Gent, Département de pharmacie*

CHOIX ET CONSOMMATION DES MEDICAMENTS DANS LES HOPITAUX BELGES *ACTIVITES DU COMITE MEDICO-PHARMACEUTIQUE*

1. INTRODUCTION

L'introduction de budgets concernant les médicaments dans les hôpitaux belges impliquera une gestion pro-active aux directions et aux prestataires de soins. Afin de ne pas nuire à la qualité des soins, l'utilisation rationnelle s'imposera dans le choix des médicaments et nécessitera une surveillance constante de la consommation. Jusqu'à présent les hôpitaux n'ont pas considéré comme prioritaire de concentrer leurs efforts pour contrôler la consommation des médicaments et ce, suite au système actuellement en vigueur consistant au remboursement à l'acte par l'Assurance-maladie. De ce fait à ce jour, les mécanismes en vue de stimuler une consommation rationnelle et son suivi, ne coulent pas de source, et l'industrie pharmaceutique —pour laquelle une consommation élevée est intéressante— peut largement développer ses activités promotionnelles. Il en résulte que les dépenses concernant les médicaments en milieu hospitalier n'ont cessé de croître. Nonobstant le fait que de nouvelles améliorations pharmacothérapeutiques qui y ont contribué, de nouvelles molécules ont été introduites ayant apporté peu ou aucune amélioration mais qui ont pu échapper aux mesures régulatrices des coûts.

2. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Le but de cette étude était double. En premier lieu, l'étude des processus influençant le comportement des prescripteurs et leur attitude face aux promotions des médicaments d'une part et le besoin de directives et d'information indépendante d'autre part. En second lieu, l'examen de l'expérience acquise et des conduites adoptées pour implémenter plus de rationalisation dans la consommation de médicaments. A titre d'illustration, plusieurs modèles pratiques ont été évoqués.

3. GUIDELINES

3.1. DEVELOPPEMENT DE GUIDELINES

Des directives cliniques fondées sur les preuves probantes constituent des piliers dans la gestion rationnelle de la consommation des médicaments. Afin d'être une référence pour les prestataires de soins dans leurs choix pharmacothérapeutiques, les directives cliniques doivent répondre à certaines conditions : celles-ci peuvent se résumer en cinq étapes depuis le choix du sujet, la constitution d'un groupe de travail et de sa procédure de travail, l'analyse de la littérature, l'opérationnalisation pratique, et finalement, la validation et l'actualisation de cette directive. La hiérarchie des niveaux de preuves et la gradation des recommandations donnent aux prescripteurs une idée de la validité d'une directive. Les directives ne sont pas toujours basées sur des études randomisées (niveau Ia) et un avis d'expert ayant une expérience clinique s'imposera (niveau IV). La collaboration AGREE (appraisal of guidelines

research as evaluation for Europe) propose un cadre permettant d'émettre un jugement à propos de toute directive. Le Guidelines International Network qui regroupe 52 organismes émanant de différents pays (27) permet la consultation des directives développées. On peut donc considérer que le Comité Médico-Pharmaceutique peut trouver un large éventail de directives cliniques susceptibles d'être implémentées dans le monde hospitalier. A défaut, le CMP peut développer lui-même des directives pratiques tout en respectant scrupuleusement la méthode requise.

3.2. EXPERIENCE RELATIVE AU FORFAIT POUR L'ANTIBIOPROPHYLAXIE EN CHIRURGIE

De telles directives allaient de pair avec l'introduction d'un budget partiel pour l'antibioprophylaxie en chirurgie. Suite aux interviews structurées et à l'analyse des données de consommation, il apparaît que ces directives ont été implémentées avec succès dans les hôpitaux. De l'analyse chiffrée, il ressort que la plupart des hôpitaux ont adapté leur comportement prescriptif et que la sur- ou la sous-consommation se rapprocherait de la moyenne. Le fait que le remboursement de la consommation de l'antibioprophylaxie était calculé sur base de l'antibiotique dont la preuve de l'efficacité prophylactique était démontrée représentait un incitant important. Cependant il est assez rare de constater des situations cliniques dans lesquelles un moyen bien défini puisse être avancé avec un degré de précision élevé et qui administrativement soit associé à une prestation chirurgicale (nomenclature INAMI pour intervention chirurgicale).

3.3. IMPLEMENTATION DE GUIDELINES

3.3.1. PROCESSUS D'INFLUENCE

Le rapport décrit clairement comment développer des directives, les implémenter et en assurer le suivi. Développer et rédiger des directives, est une étape, bien que relativement courte, essentielle. Rendre acceptable, implémenter et ancrer des directives est une étape autrement importante. La littérature rapporte différentes interventions. Il s'agit de celles orientées vers le prestataire de soins, les incitants financiers et les interventions organisationnelles ou dirigistes. Il ressort de la littérature que la combinaison d'interventions —de préférence personnalisées— est nécessaire pour influencer le comportement de prescription. L'influence a aussi des origines psychosociales ; des éléments tels que la réciprocité, l'approbation, la consistance, la pression sociale, l'autorité ou l'exception, la présentation, la convenance peuvent inconsciemment exercer une influence. Dans le choix d'une plate forme de communication adéquate, le CMP doit réaliser qu'il ne s'agit pas seulement du contenu mais également de la forme du message. L'introduction d'une modification des comportements exige d'investir essentiellement dans une bonne plate forme de communication bien pensée. La seule bonne volonté ne suffit pas. Il faut une structure, un encadrement et une stratégie.

3.3.2. EVALUATION DE L'IMPACT D'UNE TELLE INTERVENTION

Les interventions visent un impact et il est évident que l'on souhaite pouvoir l'évaluer et le quantifier. Le problème réside dans le fait que bien souvent, on ne sait pas ce

que l'on mesure ; définir clairement le but final poursuivi est pourtant une étape préalable essentielle. On peut évaluer le processus (ou une de ses étapes), vérifier l'effet d'apprentissage (ou l'influence de la routine), introduire des évaluations objectives ou des auto-évaluations. Les facteurs confondants (biais) et tout autre parasite constituent l'obstacle principal lors de l'évaluation des interventions. Les études d'observation, les études quasi-expérimentales (pré et post intervention, interrupted time series) sont parfois les seules méthodes qui subsistent lorsque le *Golden standard*, notamment l'étude randomisée ne peut avoir lieu. La randomisation est possible au niveau du patient ou niveau du groupe de patients (cluster). On peut avoir recours à cette dernière méthode lors de la comparaison entre un site expérimental dans lequel l'intervention a lieu et le site où une intervention a déjà eu lieu. Différentes analyses statistiques peuvent mesurer la fiabilité des résultats quantitatifs.

3.3.3. CHECKLIST POUR L'IMPLÉMENTATION ET LE SUIVI DE CES INTERVENTIONS

Bien que dans un hôpital courant, il y ait peu d'espace pour mener une telle étude, il est tout à fait réaliste d'y aller pour décrire les effets des efforts fournis. La Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Changing Professional Practice présente un cadre théorique dans lequel des méthodes d'implémentation peuvent être insérées : QUI (expéditeur) dit QUOI (message) À QUI (destinataire) COMMENT (moyen), QUAND (timing) et OÙ (lieu, circonstances). Consulter une telle check-list permet au lecteur de respecter certaines règles maîtresses.

4. CONSIDERATIONS PRATIQUES

4.1. IMPLEMENTATION DE GUIDELINES POUR LES THERAPIES SEQUENTIELLES.

Les concepts théoriques ont été appliqués dans la gestion des antibiotiques en milieu hospitalier d'où il ressort clairement qu'une diffusion plus active des directives augmente l'impact sur le prescripteur. Dans cet exemple, on a vérifié comment une simple règle, notamment passer de l'antibiotique intraveineux à une forme orale, pouvait être introduite. La thérapie séquentielle a un impact direct sur la consommation de médicaments par la substitution d'antibiotiques par voie orale moins onéreuse, sans compromettre les résultats cliniques. Différentes méthodes d'implémentation ont été comparées —depuis la publication de directives jusqu'à l'organisation active de staffs d'information ou la gestion pro-active conduite par un pharmacien clinicien. Les résultats d'un centre montrent que lors d'une gestion pro-active, la durée moyenne du traitement par voie intraveineuse a été réduite de manière significative et donc également le coût du traitement. Par cette directive toute simple, chaque hôpital peut influencer favorablement ses attitudes de prescription. Ce peut être une expérience utile avant d'aborder des modifications de comportement plus complexes.

4.2. ATTITUDE DES MEDECINS VIS-A-VIS DE L'INFORMATION SUR LES MEDICAMENTS.

L'enquête sur l'opinion des médecins hospitaliers concernant le flot d'informations sur les médicaments confirme le rôle prédominant de l'industrie pharmaceutique

dans la promotion des médicaments. Cette promotion consiste en visites nombreuses et répétées aux médecins, principalement axées sur les aspects clinico-pharmaceutiques avec une attention ciblée sur les avantages. Les aspects économiques et financiers sont rarement évoqués et moins encore le rapport plus-value thérapeutique versus coûts financiers. Par contre, il semble que l'information des comités médico-pharmaceutiques locaux est peu utilisée. Le rôle du CMP en tant que fournisseur d'une information objective est cependant important car jusqu'à 40% des nouveaux médicaments introduits en Belgique ne présente pas de plus-value thérapeutique tout en étant plus onéreux.

4.3. EVALUATION DE L'IMPACT D'UNE INFORMATION OBJECTIVE

Une proposition a été formulée en vue de mesurer l'impact de l'information objective sur les médicaments. L'idée sous-jacente était qu'une telle information avec une analyse critique des avantages et inconvénients du médicament, et ce avant le lancement du produit, prémunirait les médecins face à la promotion commerciale. L'expérience d'un centre a montré qu'une telle analyse serait un frein à l'impact d'une campagne promotionnelle énergique. Sachant que 83% des demandes d'introduction d'une nouvelle molécule sont accueillies favorablement par le CMP, une telle analyse indépendante est plus que nécessaire. Par défaut de temps et de compétences, il est impossible que chaque hôpital réalise toutes ces démarches ; un échange d'informations est ici indispensable et une collaboration multicentrique est souhaitable ultérieurement.

5. FEEDBACK DE LA CONSOMMATION EN MEDICAMENTS

5.1. BANQUE DE DONNEES

Le feedback sur les médicaments à l'attention des médecins fait partie du processus de responsabilisation. Lors d'un feedback, le point crucial est que les données soient accessibles, compréhensibles et utiles. Elles ne doivent pas constituer un instrument pour donner la priorité à la gestion par le CMP mais être suffisamment détaillées pour intéresser le prescripteur individuellement. L'instrument permettant de structurer les données doit être simple et flexible autorisant ainsi des associations entre variables.

La banque de données composée de données de consommation de médicaments et de pathologies, et présentée sous forme de tableaux pivotants, offre une solution. Sans connaissance approfondie en informatique, on peut voir la consommation de médicaments dans l'hôpital par rapport à la moyenne nationale ; il est possible de vérifier où et pour quelle pathologie, les écarts de consommation de médicaments sont les plus élevés.

5.2. INDICATEURS

La banque de données élabore aussi les indicateurs. Ceux-ci reproduisant des rapports entre groupes de médicaments comparés aux moyennes nationales, montrent en quelle mesure, il y a lieu d'encore optimiser la rationalisation de la consommation. La pénétration de nouvelles molécules, la consommation d'antibiotiques par voie intraveineuse, l'utilisation d'alimentation parentérale en sont

quelques exemples. Le recours aux indicateurs représente un outil important pour faire ressortir des variations dans la consommation de médicaments.

Indépendamment des indicateurs quantitatifs basés sur des données de consommation, la manière de développer des indicateurs est également décrite et ce, en termes de structure, processus et des résultats des soins de santé. Les autorités ont toujours souhaité pouvoir disposer d'indicateurs simples, fiables, accessibles et valides visant la prestation et la qualité des soins. Différentes organisations internationales ont déjà élaboré des indicateurs dans les standards d'accréditation. Plus précisément en Belgique, Pharmanet —responsable au sein de l'INAMI pour le recueil des données de consommation— a développé un premier set d'indicateurs.

Pour les groupes de gestion des antibiotiques (GGA), en marge de cette étude, un set de huit indicateurs a été proposé, lesquels ont été utilisés comme instrument d'évaluation par le Comité de Coordination de la Politique Belge des Antibiotiques (BAPCOC).

6. ATTITUDE DES PRESTATAIRES DE SOINS VIS-A-VIS DE LA FORFAITISATION

En conclusion, le rapport décrit le point de vue des professionnels de santé locaux à propos de l'instauration d'un forfait pour les médicaments. Ceci semble être une mesure indispensable acceptée tant par les médecins que par les pharmaciens. Toutefois, les médecins sont d'abord préoccupés quant à l'espace dont ils disposeront encore pour traiter adéquatement leur patient. Les pharmaciens y voient une opportunité de développer une série de nouvelles activités étant donné l'équilibre plus harmonieux entre rationalisation et bénéfice pour l'hôpital/patient. Tant médecins que pharmaciens sont conscients de la nécessité de plus de rationalisation, de l'application de directives, d'une gestion des stocks optimale, d'un suivi précis de la consommation. L'enquête confirme que les instruments pour faciliter ce processus, tels que décrits dans cette étude, sont utiles aussi bien pour les autorités que pour les hôpitaux. Mais ici, le point central reste la qualité des soins prestés au patient individuellement.