



CANADIAN
PHARMACISTS
ASSOCIATION

ASSOCIATION DES
PHARMACIENS
DU CANADA

1785, prom. Alta Vista Drive, Ottawa, ON K1G 3Y6
Tel: 1-800-917-9489 or/ou (613) 523-7877; Fax: (613) 523-0445

PRÉSENTATION DE L'ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA AU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ÉTUDE SUR LES MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE

Introduction

Les dépenses en médicaments sont passées de 9,5 % des coûts en soins de santé en 1985 à 16,2 % en 2002, soit un total de 18,1 milliards de dollars¹, selon les estimations. Le principal défi est de s'assurer que ces dépenses représentent une bonne optimisation des ressources pour les Canadiens. Ce défi comporte plusieurs facettes – un traitement médicamenteux doit vraiment améliorer la qualité de vie des patients, il doit être accessible, être utilisé de façon rentable et ne pas entraîner de dommages. Les pharmaciens étant les fournisseurs de soins de santé les plus accessibles et les mieux informés sur les médicaments dans le système de soins de santé peuvent effectuer des améliorations importantes pour obtenir une meilleure optimisation des ressources en ce qui concerne les médicaments. Des analyses détaillées apparaissant dans des rapports indépendants antérieurs, notamment le *Lowy Inquiry* en Ontario (1990),² le *Forum national sur la santé* (1999)³, la *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada* (2002)⁴, et plus récemment le *National Advisory Committee on SARS and Public Health*⁵, ont reconnu le potentiel d'une plus grande contribution des pharmaciens envers les soins de santé. Cependant, nous réalisons que les défis actuels visant l'amélioration des traitements médicamenteux n'ont pas été créés par un seul groupe et ne seront pas résolus par un seul groupe. Il faut qu'il y ait des réformes efficaces, menant à des changements appropriés du système, afin que l'expérience pertinente de toutes les professions supporte le processus de prise de décision.

Augmentation des coûts et problèmes d'accès

On connaît bien les statistiques. Les dépenses en médicaments comptent pour plus de 16 % de toutes les dépenses en soins de santé, seulement en deuxième position après les hôpitaux. Bien que 78 % des dépenses soient pour les médicaments sur ordonnance (14,6 milliards de dollars), les dépenses pour les produits en vente libre ont également augmenté de façon significative. De plus, 35 % des dépenses de médicaments sont couvertes par le secteur public, 65 % sont payées par le secteur privé, soit par des régimes d'assurance, soit par le consommateur.¹

L'analyse de la croissance des dépenses entraîne plusieurs conséquences importantes quant à l'établissement de politiques. Bien que le vieillissement de la population soit un générateur de coûts, ce qui compte encore plus est l'augmentation de l'utilisation des médicaments – plus de personnes prennent des médicaments et vraisemblablement ces personnes en prennent davantage. Il faut également mentionner que l'utilisation de nouveaux médicaments plus onéreux à la place de médicaments plus anciens, coûte cher aussi. L'augmentation de l'utilisation des médicaments en vente libre et de traitements comme les plantes médicinales est une forme de multiplication de l'utilisation de traitements «médicamenteux».

Des informations probantes donnent fortement à penser que l'achat de médicaments est un bon placement.⁶ Cependant, d'autres preuves significatives montrent les pertes importantes,⁷⁻⁹ ainsi qu'une prescription et une utilisation inappropriées.^{10,11} Il existe des estimations inquiétantes sur les dommages causés par les médicaments. On a émis l'hypothèse selon laquelle le système de soins de santé semblerait dépenser au moins autant d'argent pour régler les problèmes liés aux traitements médicamenteux que pour les médicaments eux-mêmes.¹²

Ces données font ressortir la nécessité absolue de se concentrer sur la bonne utilisation des médicaments, les résultats atteints et le rapport coût-efficacité.

L'utilisation rentable des médicaments doit constituer l'objectif de la politique gouvernementale. Par définition, cela traite des problèmes d'optimisation des ressources et de la qualité. De façon assez surprenante, les gouvernements continuent à se concentrer sur des stratégies administratives assez sommaires pour gérer les coûts, sans tenir compte des résultats et de la qualité. Au Québec, l'augmentation du partage des coûts du plan d'assurance-médicaments a entraîné de mauvais résultats. L'augmentation de l'accessibilité au régime de médicaments créée par le plan, un succès remarquable de la politique gouvernementale, a été obscurcie par les conséquences désastreuses du partage des coûts – une réduction de 9 % de l'utilisation des médicaments essentiels par les personnes âgées et une augmentation des visites aux services d'urgence.¹³

Pour mettre fin à ce processus, les fournisseurs de soins de santé doivent s'engager à améliorer leurs prises de décision en ce qui concerne la prescription de médicaments et leur utilisation. Les soins de qualité, bien qu'ils soient déterminés par la politique gouvernementale, dépendent de l'efficacité de la prise de décision. Les patients doivent assumer la responsabilité de leur santé en se tenant bien informés et en participant de façon active au processus de prise de décision.

Un système construit sur des soins de qualité dispensés aux patients nécessite une initiative comprenant des stratégies d'amélioration de la qualité de l'utilisation des médicaments, de prévention de la morbidité liée aux médicaments, d'amélioration de l'accès aux traitements médicamenteux, d'amélioration du comportement lié aux prises de décision de celui ou celle qui les prescrit, des pharmaciens et des patients, et d'évaluation de l'impact du changement sur la qualité des soins.

L'accès aux traitements médicamenteux est un problème qui ne peut pas disparaître. Actuellement, 74 % des Canadiens sont couverts par une forme quelconque de plan d'assurance-médicaments. On considère que certains d'entre eux sont «sous assurés», car certains plans ne couvrent que les coûts de médicaments «catastrophiques». Quant aux 26 % de citoyens qui ne sont pas couverts par un plan d'assurance-médicaments, la moindre dépense en médicaments à long terme peut être déconcertante. C'est encore plus frappant, compte tenu des données de l'ICIS selon laquelle 37 % des ordonnances de médicaments achetés sont payés directement par le consommateur. L'injection d'argent aux gouvernements provinciaux pour «la couverture catastrophique de médicaments», tel que cela a été convenu dans les Accords sur la santé de 2003, est appréciée. Cependant, pour les provinces qui ont déjà une couverture catastrophique, une partie de cet argent devrait être destinée à réduire le fardeau du partage des coûts dans les régimes provinciaux, à élargir la couverture selon les besoins et à appuyer le développement de programmes de gestion des médicaments pour améliorer l'utilisation des médicaments et pas seulement l'utiliser pour répondre à l'augmentation des dépenses.

Les pharmaciens canadiens ont joué un rôle important dans le contrôle des coûts liés aux médicaments. Dans les hôpitaux et dans la communauté, les pharmaciens ont été au premier plan des compressions de coûts. Des initiatives innovatrices menées par les associations provinciales de pharmacie, comme les programmes d'essai de prescription, les programmes d'examen de l'utilisation des médicaments (EUM) qui se sont intéressés à la bonne utilisation des antibiotiques, aux autorisations spéciales ou aux programmes d'utilisation limitée, ont tous participé au contrôle de

l'escalade des dépenses en médicaments.^{14,15} La *National Pharmacy Coalition on Managed Care* et d'autres programmes par la suite ont été développés pour aider les compagnies du secteur privé à contrôler les coûts des médicaments. Malgré ces efforts, on s'attend à ce que les coûts des médicaments continuent à augmenter. Cependant, le fardeau administratif de plus en plus lourd associé aux régimes d'assurance-médicaments est un problème important pour les pharmaciens. Une étude effectuée en 1997 a estimé que les coûts administratifs atteignaient en moyenne 28 000 dollars par pharmacie par an.¹⁶ Ces coûts ont certainement augmenté et ne sont toujours pas remboursés par les plans d'assurance-médicaments.

Au début des années 90, la plupart des innovations utilisées pour contrôler les dépenses liées aux médicaments ont simplement entraîné le déplacement des coûts du secteur public au secteur privé et du secteur privé directement au consommateur. Bien que les évaluations de l'impact des mesures de contrôle des coûts aient souvent indiqué une réduction des coûts, elles ont aussi montré des effets négatifs sur la santé ou une augmentation de l'utilisation d'autres services de santé.^{13,17} Les coûts continuent à augmenter. Des recherches effectuées récemment ont permis d'identifier clairement les importants facteurs générateurs de coûts :^{1, 15} augmentation de l'utilisation, médicaments nouvellement commercialisés et vieillissement de la population. Les coûts dépassent le taux attribuable à l'inflation ou à la croissance de la population, malgré l'existence d'un plan national qui régit les prix des nouveaux médicaments brevetés. Des nouveaux médicaments, certains offrant des avantages par rapport aux anciens, continuent à faire leur apparition; l'adoption de nouveaux médicaments fait grimper les coûts au fur et à mesure qu'ils remplacent les anciens médicaments moins chers.

De façon réaliste, les médicaments deviendront de plus en plus efficaces et constitueront une part de plus en plus importante des traitements utilisés; leur part de coûts en soins de santé continuera à augmenter. Les nouveaux médicaments sont chers, mais ils seront prescrits. La population vieillissante, qui est de plus en plus informée au point de vue politique et qui connaît les options qui se présentent, voudra y accéder.

Réussir à atteindre la durabilité en ce qui a trait aux médicaments est un défi, en particulier lorsqu'on a affaire à un système mariant secteur public et secteur privé. Au début des années 90, le déplacement des coûts a aidé les provinces à appuyer leurs plans provinciaux. Il semble inévitable de devoir dépenser davantage. Notre attention doit se tourner vers l'optimisation des ressources et l'élaboration de nouveaux moyens de financement des régimes d'assurance-médicaments.

Comme solution, on a proposé la création d'un organisme national d'achat unifié pour contrer l'augmentation du prix des médicaments.¹⁸ Cela peut sembler intéressant, mais les soins de santé ne sont pas un produit comme les autres. La continuité des soins est un aspect important. Notre principale préoccupation concerne le fait que des patients stabilisés grâce à un médicament puissent recevoir un autre médicament, sans raison thérapeutique, lorsque le contrat d'un médicament particulier est modifié.

Dans la recommandation de monsieur Romanow, nous entrevoyons la possibilité d'un formulaire national de médicaments ou l'harmonisation des listes et des formulaires actuels.¹⁹ Le développement du programme de révision des médicaments courants de l'OCCETS est un pas important dans cette direction.²⁰ Un formulaire national de médicaments devrait être fondé sur un choix rationnel d'agents thérapeutiques plutôt qu'uniquement sur le prix. Le système nécessiterait un processus d'approbation qui permettrait aux patients d'accéder aux agents qui ne sont pas sur le formulaire sans qu'il y ait un délai trop long. Les systèmes actuels d'approbation antérieure procurent en général des réponses en l'espace de quelques jours ouvrables. Cependant, les systèmes qui contrôlent les coûts représentent un fardeau administratif important pour les pharmaciens de la communauté et les médecins. Si des solutions plus simples ne sont pas trouvées, il faudra envisager d'indemniser les pharmaciens et les médecins pour ce travail. Un système de formulaire national de médicaments constituerait une étape importante vers la réduction d'une partie de la charge de ce travail administratif.

Un formulaire national doit être plus qu'une simple liste de médicaments. Il doit encourager la création de stratégies permettant d'améliorer la qualité des prescriptions et la santé, en bout de ligne. Un processus officiel de rétrospective EUM est bien établi dans les écrits et devrait être développé et appliqué à la communauté. Un EUM consiste à faire le rapprochement entre l'utilisation actuelle d'un médicament et les normes établies de soins de qualité, comme les directives de prescription. Des stratégies correctives sont développées et mises en place lorsque les normes ne sont pas rencontrées, ce qui par conséquent met l'accent sur la qualité et pas seulement sur la réduction des coûts.

L'industrie canadienne des médicaments génériques a fait preuve d'agressivité en commercialisant des médicaments à un plus faible coût que le médicament de marque d'origine. Cela a permis au système de soins de santé d'économiser des millions de dollars. La duplication qui existe au sein du système doit être éliminée, afin de permettre aux programmes de médicaments d'accélérer l'accès aux médicaments génériques. Une telle efficacité pourrait être un des avantages d'un formulaire national. Une étude récente indique qu'un retard d'inscription des produits génériques sur les listes ou formulaires provinciaux entraîne des dépenses non nécessaires pour les médicaments de marque qui sont plus chers.²¹ Le raccourcissement du délai d'approbation des programmes de médicaments provinciaux permettrait de faire des économies qui pourraient être investies dans d'autres domaines du système de soins de santé. Santé Canada publie une déclaration de bioéquivalence que certaines provinces acceptent comme affirmation d'interchangeabilité. D'autres provinces doivent procéder à leur propre examen avant de pouvoir attribuer l'interchangeabilité. Cette duplication doit être éliminée du système de soins de santé au moyen d'une collaboration entre les organismes fédéraux et provinciaux. La collaboration augmentera la confiance envers le système et permettra aux Canadiens d'accéder plus rapidement aux médicaments génériques, ce qui entraînera une réduction des coûts.

Introduction de nouveaux médicaments

Une partie de l'augmentation des dépenses en médicaments peut être attribuée aux coûts plus élevés des médicaments qui viennent d'être homologués. Ces médicaments sont protégés par des brevets pendant une période prédéterminée, durée au cours de laquelle ils bénéficient d'une exclusivité sur le marché. On pose souvent la question suivante : «Pendant combien de temps faudrait-il prolonger la protection par brevet pour les produits pharmaceutiques?» Il est sûr que la protection par brevet est importante, car cela encourage les recherches et le développement et permet à l'industrie pharmaceutique de récupérer son investissement lié au développement de nouveaux produits. «Quel genre de profit est juste?» Au Canada, nous essayons de traiter l'aspect de justesse au moyen du contrôle des prix. Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB, www.pmprb-cepmb.gc.ca) est mandaté pour s'assurer que les médicaments nouvellement brevetés ne sont pas surfacturés. Il n'existe aucun organisme réglementaire équivalent pour les médicaments génériques. Le stimulus principal qui limite les prix des médicaments génériques est la clause des programmes de médicaments provinciaux qui exige que les médicaments génériques aient un prix qui se situe dans la gamme définie du coût du produit d'origine.

Les permis octroyés aux nouveaux produits, qu'il s'agisse d'une marque ou d'un générique, devraient être liés de plus près à une surveillance de post-commercialisation. Le système actuel est principalement concentré sur les réactions indésirables aux médicaments (RIM). L'évaluation des affirmations thérapeutiques des produits, ainsi que le repérage des réactions indésirables, sont essentiels pour assurer le maintien d'un programme solide de contrôle de la qualité. Les pharmaciens pourraient facilement, grâce à un réseau électronique de soins de santé, recueillir des données pour appuyer cette tentative. De récentes expériences au Canada et dans d'autres pays ont montré que parfois les produits arrivent sur le marché, mais que plus tard ils en sont retirés en raison des effets secondaires qui n'avaient pas été décelés au cours des tests de pré-commercialisation. Le pharmacien, communautaire ou d'hôpital, se trouve dans une situation idéale pour faire un rapport de constatation qu'il est possible d'évaluer à l'aide de méthodes non invasives, comme la tension

artérielle et les taux de glucose sanguin. On devrait envisager de donner aux pharmaciens le droit de demander et d'effectuer des examens de laboratoire de base pour faciliter sa contribution.

L'établissement d'un lien entre l'approbation des médicaments et leur prix, comme l'envisage le rapport de la *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*,¹⁹ pourrait être problématique, puisqu'un délai de l'approbation pourrait sous-entendre qu'il y a des problèmes à propos du prix du médicament.

Un des problèmes importants qu'il faut traiter est le suivant : Dans quelle mesure les échanges frontaliers de médicaments avec les États-Unis peuvent-ils retarder l'introduction de nouveaux médicaments sur le marché canadien? Pourquoi un fabricant lancerait-il un nouveau médicament au Canada en sachant qu'il sera vendu sur le plus vaste marché pharmaceutique et le plus lucratif du monde à un prix réduit? Aujourd'hui, le principal problème créé par ce commerce est l'impact que cela pourrait avoir sur les prix des médicaments au Canada, la pénurie de médicaments que cela pourrait entraîner et le manque de pharmaciens.

L'idée d'un centre national de gestion des médicaments

Pour l'instant, les directeurs et les directrices de régimes d'assurance-médicaments du secteur public et du secteur privé travaillent isolés les uns des autres et des médecins et des pharmaciens. Comme il y a un besoin urgent de s'assurer que des soins de qualité soient offerts à un coût raisonnable, le gouvernement fédéral doit mettre en place un centre de gestion national d'utilisation des médicaments afin de travailler avec les secteurs public et privé pour promouvoir l'harmonisation, évaluer les modèles d'utilisation des médicaments par rapport aux normes de qualité et développer des méthodes permettant de promouvoir une utilisation de qualité des médicaments. Des initiatives comme l'Agence canadienne pour l'évaluation d'information pharmaceutique (ACEIP) et la Stratégie nationale sur les médicaments devraient être étudiées de nouveau. Le rôle de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS) devrait être réexaminé. Il y a un modèle qui devrait être évalué, c'est le *National Prescribing Centre* en Grande-Bretagne (www.npc.co.uk). Son expérience a montré que les pharmaciens sont capables, lorsqu'ils travaillent de façon intensive avec les omnipraticiens, d'aider ceux-ci à contrôler les dépenses en médicaments jusqu'au point où les postes des pharmaciens sont couverts par les économies réalisées au chapitre des dépenses en médicaments.^{22, 23-31} Une telle collaboration pourrait être encouragée comme faisant partie d'une initiative de «meilleures pratiques» par un centre national de gestion des médicaments.

Meilleure réglementation des produits pharmaceutiques

Une des fonctions principales du gouvernement fédéral est la réglementation des produits pharmaceutiques qui permet la vente de médicaments qui ont fait leurs preuves en matière d'efficacité et d'innocuité. Ce processus fait l'objet de bien des critiques. Une grande part de l'attention s'est fixée sur les délais perçus au cours du processus d'approbation des nouveaux médicaments à l'échelle fédérale et dans les programmes d'assurance-médicaments provinciaux. Comme l'industrie procure des droits selon un système de recouvrement des frais à Santé Canada pour ce «service», il semble raisonnable d'exiger de l'efficacité dans le processus. Cependant, l'impact des délais au niveau des soins dispensés aux patients est sujet à discussion.

Selon le rapport annuel de 2000 du CEPMB, trois des 81 articles examinés par le conseil étaient considérés comme des médicaments «innovateurs» qui offraient une amélioration substantielle par rapport aux produits déjà sur le marché. Un peu plus de la moitié des produits examinés en 2000 étaient considérés comme des nouveaux médicaments d'une classe existant déjà qui proposaient une amélioration modérée ou aucune amélioration par rapport aux produits actuellement disponibles sur le marché. Compte tenu de cela, il semble que la période d'attente pour une approbation et une autorisation de commercialisation au Canada ne soit pas préjudiciable, dans la plupart des cas, à la santé des Canadiens. Cependant, l'efficacité du processus d'approbation pourrait être améliorée

grâce à la tenue de discussions internationales continues sur l'harmonisation concernant l'approbation des produits.

Utilisation appropriée des médicaments

Des preuves tangibles montrent que de nombreuses maladies ne sont pas traitées efficacement et que les médicaments ne sont ni prescrits ni utilisés de façon appropriée.³²⁻³⁸ Les Canadiens atteints d'hypertension et ayant des taux de cholestérol élevés ne sont pas traités conformément aux directives actuelles.³⁹⁻⁴² D'autres conditions comme l'asthme et l'emphysème sont aussi souvent mal traitées dans le système de soins de santé actuel.⁴³⁻⁴⁵

Un autre problème important lié à l'utilisation des médicaments visant à prévenir les maladies est la non observance du traitement par les patients – les personnes arrêtent tout simplement de prendre le médicament. Cela est particulièrement problématique lorsque les facteurs de risque (par exemple, des taux élevés de cholestérol) n'entraînent aucun symptôme.⁴⁶

Il y a autre chose aussi, c'est que tous les patients ne reçoivent pas le médicament dont ils ont besoin. Le sous-traitement des maladies chroniques est un problème majeur. Par exemple, les patients qui ont subi une crise cardiaque ne reçoivent pas les médicaments appropriés pour prévenir une deuxième crise; les patients atteints d'insuffisance cardiaque ne reçoivent pas les médicaments nécessaires pour prévenir la détérioration de leur condition. Le sous-traitement concerne de nombreuses autres maladies chroniques.

Le rôle du pharmacien

Avec l'élargissement de son rôle, le pharmacien peut améliorer la santé des Canadiens en participant à l'optimisation de l'utilisation des médicaments, ce qui représente l'intervention médicale la plus souvent utilisée. Hélas, de façon générale, les connaissances et les aptitudes des pharmaciens sont sous-utilisées. On peut donc considérer le pharmacien comme étant le secret le mieux gardé du système de soins de santé du Canada.

Dans son rôle actuel, le pharmacien collabore au système de soins de santé, en :

- travaillant avec les patients pour s'assurer qu'ils atteignent leurs objectifs du point de vue santé en améliorant la qualité des traitements médicamenteux
- évaluant les traitements médicamenteux pour savoir s'il y a des interactions avec les médicaments que le patient prend actuellement et avec sa condition médicale
- évaluant les patients pour savoir s'ils répondent positivement au traitement médicamenteux
- évaluant les patients pour savoir s'ils ont des réactions indésirables aux médicaments
- faisant des recommandations aux médecins prescripteurs, afin qu'ils fassent des ajustements au traitement pour améliorer la qualité des soins
- enseignant aux patients et aux fournisseurs de soins la bonne façon d'utiliser les médicaments et en leur donnant des conseils d'ordre médical
- traitant les maladies non graves et en donnant des conseils aux Canadiens sur les soins auto-administrés et l'utilisation des médicaments en vente libre
- proposant un contrôle de la santé et en favorisant la promotion d'une bonne santé
- assurant la distribution sûre, sans risque et efficace des médicaments

Les pharmaciens du Canada offrent des services innovateurs, notamment :

- des visites à domicile pour aider les patients ayant des problèmes avec leurs médicaments
- la préparation de médicaments intraveineux et la façon de procéder pour les administrer à domicile
- un enseignement sur l'autogestion des maladies comme l'asthme ou le diabète
- des soins palliatifs pour améliorer le contrôle des symptômes chez les patients en phase terminale
- des médicaments pour la contraception d'urgence

- l'apprentissage et l'ajustement des doses de médicaments, comme les anticoagulants et les hypocholestérolémiants

En utilisant toutes les connaissances qu'il a appris au cours de ses études et de sa formation, le pharmacien pourrait aussi améliorer la santé des Canadiens, en :

- augmentant l'utilisation des médicaments essentiels au maintien de la vie, qui ont fait leurs preuves du point de vue clinique en faisant une évaluation éclairée du traitement médicamenteux des patients et en travaillant avec le médecin
- réduisant l'utilisation non nécessaire et inappropriée des médicaments pris par les Canadiens
- s'assurant que les Canadiens atteignent leurs objectifs en ce qui concerne leur traitement médicamenteux en participant activement à la gestion des effets positifs et négatifs des médicaments
- améliorant la qualité des soins de santé et des traitements médicamenteux offerts aux Canadiens en participant au développement et à la mise en place de directives en pratique clinique et de recherches avant-gardistes
- modifiant le traitement médicamenteux pour qu'il corresponde aux directives établies, afin de contribuer à la bonne gestion des patients atteints de maladies chroniques
- élargissant leur rôle en ce qui a trait à l'évaluation et au traitement des patients atteints de conditions autolimitatives

Les pharmaciens sont bien qualifiés pour être les experts en médicaments dans le système de soins de santé, car :

- ils ont au moins cinq années d'études universitaires consacrées aux médicaments et à leur utilisation; ils étudient la chimie, la biochimie, la biologie, la microbiologie, la physiologie et l'anatomie
- de plus en plus de pharmaciens ont deux années d'études supplémentaires de Doctorat en pharmacie
- ils sont agréés et doivent respecter et maintenir des normes rigoureuses par un processus d'examen national et provincial
- ils conçoivent des programmes de contrôle des compétences nec plus ultra pour s'assurer que les pharmaciens sont à jour et bien informés pour agir en tant qu'expert des médicaments
- de plus en plus de pharmaciens sont reconnus en tant qu'experts en médicaments au moyen de nominations dans les facultés de médecine du pays

Les pharmaciens sont bien placés pour être les principaux fournisseurs de renseignements sur les médicaments, car :

- ce sont les professionnels de soins de santé les plus accessibles : en effet il y a plus de 19 000 pharmaciens dans 7 500 pharmacies communautaires dans tout le pays, et plus de 4 000 pharmaciens dans plus de 800 hôpitaux et dans bien d'autres établissements de soins de santé.
- on les retrouve au gouvernement, dans l'industrie de l'assurance, dans l'industrie pharmaceutique, dans le monde universitaire, et des établissements non conventionnels font de plus en plus appel aux connaissances et aux aptitudes des pharmaciens.

La pratique de plus en plus courante qui consiste à garder les patients en soins à domicile pour réduire ou éviter les soins en établissement, signifie qu'un plus grand nombre de médicaments sont utilisés dans le secteur des soins à domicile. Aujourd'hui, ces médicaments comprennent des produits techniquement complexes ou potentiellement toxiques qui, antérieurement, n'étaient utilisés que dans les hôpitaux. Les Canadiens ne devraient pas accepter un niveau de soins inférieur si on leur refuse l'accès aux services de pharmacie clinique qui ont été ignorés lors de la mise en place des soins à domicile, mais qui sont offerts à l'hôpital. Une utilisation appropriée du pharmacien peut réduire la pression sur le système de soins de santé en prévenant des admissions à l'hôpital dues à des problèmes liés aux médicaments.^{47, 48}

Lorsqu'on prend en considération les schémas posologiques à plusieurs médicaments et les déficiences fonctionnelles de nombreux patients en soins à domicile à long terme, il est clair que les personnes recevant des soins à domicile seront plus susceptibles d'avoir besoin d'un appui dans la gestion de leurs médicaments.

Le pharmacien en soins à domicile peut participer au traitement de perfusion à domicile, à l'alimentation parentérale et entérale, aux services de pharmacie en hospice, à la formation de l'infirmière en soins à domicile et d'autres soignants à propos des médicaments, fournir des consultations cliniques supplémentaires pour les patients complexes et discuter des problèmes avec les médecins. La collaboration avec les autres fournisseurs de soins à domicile et les soignants non officiels est essentielle. Il est de plus en plus courant de voir les pharmaciens communautaires faire des visites à domicile chez certains patients pour participer à l'évaluation et à la gestion des médicaments.⁴⁹⁻⁵¹

Les candidats à ce service sont en général identifiés par le pharmacien, le fournisseur de soins de santé à domicile, le médecin ou un membre de la famille. En général, le pharmacien soupçonne un problème lié à la prise d'un médicament lorsqu'il passe en revue le profil de prescription ou lors d'une conversation téléphonique avec le fournisseur de soins de santé à domicile, le médecin ou le membre de la famille. Des mécanismes de communication efficaces et un esprit d'équipe sont nécessaires pour assurer des soins à domicile de qualité. En Australie, le gouvernement rémunère le pharmacien pour qu'il donne des soins à domicile.

En tant que professionnels, les pharmaciens se sont engagés à évaluer clairement l'impact qu'ils ont sur les soins de santé. Des études systématiques importantes publiées récemment en font la preuve^{52, 53} :

- efficacité des services de soins pharmaceutiques
- rôle des pharmaciens à conseiller les médecins et à éduquer les consommateurs
- continuité des services de soins après la sortie de l'hôpital
- efficacité des cliniques gérées par les pharmacies
- passage en revue des renouvellements d'ordonnances par le pharmacien
- rôle des pharmaciens dans la prise de décision thérapeutique visant à améliorer les résultats pour le patient

Pour réaliser le potentiel de la contribution des pharmaciens en ce qui concerne l'amélioration de l'utilisation des médicaments sur ordonnance, des changements législatifs sont nécessaires en ce qui concerne le champ de pratique et les droits de prescription. De plus, il paraît essentiel de travailler sur des nouveaux modèles de pratiques qui incluent les pharmaciens dans les soins de santé primaires. Les nouveaux services doivent être bien structurés et financés de façon appropriée.

Technologie de l'information

La technologie de l'information a le potentiel de révolutionner les soins de santé. Les bases de données électroniques sur la santé peuvent entraîner une grande efficacité et améliorer la qualité des soins en s'assurant que tous les fournisseurs de soins ont accès aux mêmes renseignements. Des initiatives comme le développement de l'ICIS et les investissements du gouvernement dans *Canada Health Infoway* sont des premiers pas importants pour mener le développement.

Depuis 1988, l'APhC a participé activement au traitement en ligne et en temps réel des demandes d'ordonnances grâce au rôle qu'elle a joué dans le développement du *Pharmacy Claim Standard*. L'APhC a pris les devants en créant le *National Electronic Claims Standards (NeCST)* sous l'égide de l'ICIS. En nous fondant sur cette expérience, nous souhaitons insister sur l'importance de la collaboration entre les différents gouvernements pour l'établissement de normes nationales visant

l'informatique en matière de santé. Il faut établir un niveau élevé de collaboration pour atteindre des économies d'échelle.

Un échange efficace d'informations, comprenant des plans visant les soins des patients et la surveillance entre les lieux de soins comme les hôpitaux, les maisons de repos et les centres communautaires est essentiel. Notre expérience actuelle indique un certain nombre de déficiences significatives dans la façon dont nous procédons.

La collaboration est essentielle dans le domaine de la prescription électronique en ligne et du transfert des ordonnances. Au Canada, l'ANORP a mis en place des normes détaillées concernant la sécurité des ordonnances électroniques.⁵⁴ La Fédération internationale pharmaceutique a également établi des principes importants en ce qui concerne la prescription électronique.⁵⁵ En bref, les principes de ces organismes sont les suivants :

- Il doivent s'échanger des renseignements obligatoires comme le nom du patient, son âge, son sexe, le diagnostic, les renseignements propres au médicament et les données permettant d'identifier la personne ayant prescrit le médicament.
- Le patient doit avoir la liberté de choisir la pharmacie où il veut aller pour acheter ses médicaments sur ordonnance.
- Le pharmacien doit pouvoir accéder à toutes les données nécessaires à l'évaluation de la pertinence de l'ordonnance.
- La confidentialité du patient et de la personne lui ayant prescrit le médicament doit être garantie au sein des bases de données utilisées à des fins commerciales.
- Les systèmes doivent être sécurisés, afin d'empêcher l'intervention d'un tiers sur le contenu de l'ordonnance.

Nous insistons sur l'importance vitale du développement d'une approche nationale efficace en matière de technologie de l'information dans les soins de santé. Un développement approprié ne peut être durable que si une collaboration intergouvernementale permet de réaliser des économies importantes.

Comparaisons internationales

De nouvelles recherches effectuées par l'OCDE sur la comparaison du traitement médicamenteux de maladies spécifiques dans différents pays, y compris le Canada, pourraient être utiles au développement d'une politique canadienne.^{56, 57} Malheureusement, nous n'avons pas encore eu le temps de d'examiner en détail ces travaux récents.

Les responsables de l'élaboration de politiques d'autres pays ont reconnu la valeur associée à l'élargissement du rôle du pharmacien. Le nouveau document «Vision» préparé par le *Department of Health* de Grande-Bretagne est un exemple de politique proactive dans ce domaine.⁵⁸

Les dix rôles des pharmaciens, tels que précisés dans le rapport sont les suivants :

- fournir un accès pratique aux ordonnances et aux autres médicaments
- conseiller les patients et les autres professionnels de la santé sur l'utilisation sûre et efficace des médicaments
- être le premier point de contact en matière de services de soins de santé pour les personnes de la communauté
- fournir des services de gestion des médicaments, en particulier aux personnes atteintes de maladies durables
- promouvoir la sécurité des patients en prévenant, en décelant et en signalant les réactions indésirables aux médicaments et les erreurs médicales
- contribuer à la gestion sûre et sans faille des médicaments aussi longtemps que le patient en a besoin

- appuyer les patients en tant que partenaires qui prennent des médicaments
- prescrire des médicaments et suivre les résultats cliniques
- être une ressource en santé publique et procurer des services d'informations sur la santé, d'amélioration de la santé et de réduction des dommages
- promouvoir l'optimisation des ressources dans l'utilisation des médicaments et réduire les pertes

Dans le cadre de projets pilotes menés en Écosse, les pharmaciens ont commencé à avoir des droits de prescription élargis en milieu communautaire.⁵⁹ En Australie, le gouvernement rémunère les pharmaciens accrédités pour effectuer la revue des médicaments des personnes âgées confinées chez elles et qui prennent cinq médicaments ou plus. Les médecins sont également rémunérés pour examiner et suivre les recommandations des pharmaciens.⁶⁰

Conclusion

Les avantages d'une contribution élargie des pharmaciens ont été reconnus dans le rapport de la *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada* et le récent rapport du *National Advisory Committee on SARS*. Cela reflète les mouvements d'autres pays qui ont recours aux services des pharmaciens pour la gestion des médicaments et dans d'autres domaines de soins primaires. L'élargissement du rôle du pharmacien est une solution rentable de promotion de la sécurité des patients et permet de s'assurer que l'argent dépensé pour les traitements médicamenteux donne de meilleurs résultats au niveau du patient. Une utilisation plus étendue des services du pharmacien doit constituer une partie essentielle des projets gouvernementaux de réforme du système de soins de santé.

Références

1. *Drug Expenditures in Canada 1985-2002*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; 2003.
2. Lowy F, Jordan M, Moulton R, Spunt R, Thiessen J, Webster D, Wensley W. *Prescriptions for health: report of the pharmaceutical inquiry of Ontario*. Toronto: Ministry of Health, Ontario; 1990.
3. National Forum on Health. *Canada health action: building on the legacy*. Ottawa: Health Canada Communications; 1997.
4. Romanow RJ. *Building on values: the future of health care in Canada*. Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002.
5. Learning from SARS. Health Canada, 2003.
6. Miller RD Jr, Frech HE III. Is there a link between pharmaceutical consumption and improved health in OECD countries? *Pharmacoeconomics* 2000;18:33-45.
7. Boivin M. The cost of medication waste. *Can Pharm J* 1997;130:32-39.
8. *EnviRx Research Project*, Richmond, BC: British Columbia Pharmacy Association; 1998.
9. Carter B, Coppens R. *EnviRx Research Project on drug waste in Alberta. Summary Report*; July 1996.
10. Tamblyn RM, McLeod PJ, Abrahamowicz M, Monette J, Gayton DC, Berkson L et al. Questionable prescribing for elderly patients in Quebec. *CMAJ* 1994;150:1801-1809.
11. Anderson GM, Lexchin J. Strategies for improving prescribing practice. *CMAJ* 1996;154:1013-1017.
12. Johnson JA, Bootman L. Drug-related morbidity and mortality: A cost-of-illness model. *J Manage Care Pharm* 1996;2:39-47.
13. 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;285:421-429.
14. Ho KKL, MacKeigan LD. A model to estimate drug plan cost savings from a trial prescription program. *J Manage Care Pharm* 2001;7:391-401.
15. Angus DE, Karpetz HM. Pharmaceutical policies in Canada: issues and challenges. *Pharmacoeconomics* 1998;14:81-96.
16. Loh EA, Gosnell T, Poston J. *Evaluation of pharmacy resources required when submitting prescription claims to drug plans*. Canadian Pharmacists Association, Ottawa, 1998.

17. Soumerai SB, Ross-Degnan D, Fortess EE, Abelson J. A critical analysis of studies of state drug reimbursement policies: research in need of discipline. *Milbank Q* 1993;71:217-252.
18. The Health of Canadians – The Federal Role Vol 6: Recommendations for Reform. Senate of Canada, 2002.
19. Romanow RJ. *Building on values: the future of health care in Canada*, Chapter 9. Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002.
20. CDR Update, www.ccohta.ca/CDR. No 1, May 2003.
21. Anderson M, Parent K. *Timely access to generic drugs: issues for health policy in Canada*. Canadian Drug Manufacturer's Association; 2001.
22. Jameson J, VanNoord G, Vanderwoud K. The impact of a pharmacotherapy consultation on the cost and outcome of medical therapy. *J Fam Pract* 1995;41:469-472.
23. Yanchick JK. Implementation of a drug therapy monitoring clinic in a primary-care setting. *Am J Health-System Pharmacy* 2000;57(suppl 4):S30-S34.
24. Rodgers S, Avery AJ, Meechan D, Briant S, Geraghty M, Doran K. Controlled trial of pharmacist intervention in general practice. *Br J Gen Pract* 1999;49:717-720.
25. Wells WD. Having a practice pharmacist can reduce prescribing costs. *BMJ* 1998;15:7156.
26. Cowper PA, Weinberger M, Hanlon JT, Landsman PB, Samsa GP, Uttech KM et al. The cost-effectiveness of a clinical pharmacist intervention among elderly outpatients. *Pharmacotherapy* 1998;18:327-332.
27. Galt KA. Cost avoidance, acceptance, and outcomes associated with a pharmacotherapy consult clinic in a Veterans Affairs Medical Center. *Pharmacotherapy* 1998;18:1103-1111.
28. Gerber RA, Liu G, McCombs JS. Impact of pharmacist consultations provided to patients with diabetes on healthcare costs in a health maintenance organization. *Am J Managed Care* 1998;4:991-1000.
29. Hatoum HT, Hutchinson RA, Witte KW, Newby GP. Evaluation of the contribution of clinical pharmacists: inpatient care and cost reduction. *Drug Intell Clin Pharmacy* 1988;22:252-259.
30. Ilett KF, Johnson S, Greenhill G, Mullen L, Brockis J, Golledge CL et al. Modification of general practitioner prescribing of antibiotics by use of a therapeutics adviser (academic detailer). *Br J Clin Pharmacol* 2000;49:168-173.
31. McMullin ST, Hennenfent JA, Ritchie DJ, Huey WY, Lonergan TP, Schaiff RA et al. A prospective, randomized trial to assess the cost impact of pharmacist-initiated interventions. *Arch Intern Med* 1999;159:2306-2309.
32. Tamblyn R. Medication use in seniors: challenges and solutions. *Thérapie* 1996;51:269-282.
33. Ellerbeck EF, Jencks SF, Radford MJ, Kresowik TF, Craig AS, Gold JA et al. Quality of care for medicare patients with acute myocardial infarction. A four-state pilot study from the Cooperative Cardiovascular Project. *JAMA* 1995;273:1509-1514.
34. McAlister FA, Laupacis A, Teo KK, Hamilton PG, Montague TJ. A survey of clinician attitudes and management practices in hypertension. *J Hum Hypertens* 1997;11:413-419.
35. Bart BA, Ertl G, Held P, Kuch J, Maggioni AP, McMurray J et al. Contemporary management of patients with left ventricular systolic dysfunction. Results from the Study of Patients Intolerant of Converting Enzyme Inhibitors (SPICE) Registry. *Euro Heart J* 1999;20:1182-1190.
36. Bart BA, Gattis WA, Diem SJ, O'Connor CM. Reasons for underuse of angiotensin-converting enzyme inhibitors in patients with heart failure and left ventricular dysfunction. *Am J Cardiol* 1997;79:1118-1120.
37. Young JB, Weiner DH, Yusuf S, Pratt CM, Kostis JB, Weiss MB. Patterns of medication use in patients with heart failure: a report from the Registry of Studies of Left Ventricular Dysfunction (SOLVD). *South Med J* 1995;88:514-523.
38. Stafford RS, Saglam D, Blumenthal D. National patterns of angiotensin-converting enzyme inhibitor use in congestive heart failure. *Arch Intern Med* 1997;157:2460-2464.
39. McAlister FA, Taylor L, Teo KK, Tsuyuki RT, Ackman ML, Yim R et al. The treatment and prevention of coronary heart disease in Canada: Do older patients receive efficacious therapies? The Clinical Quality Improvement Network (CQIN) Investigators. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:811-818.
40. McAlister FA, Teo KK, Lewanczuk RZ, Wells G, Montague TJ. Contemporary practice patterns in the management of newly diagnosed hypertension. *CMAJ* 1997;157:23-30.
41. McPherson R, Angus C, Murray P, Genest J Jr. WATCH I. Efficacy of atorvastatin in achieving National Cholesterol Education Program low-density lipoprotein targets in women with severe dyslipidemia and cardiovascular disease or risk factors for cardiovascular disease: the women's atorvastatin trial on cholesterol (WATCH). *Am Heart J* 2001;141:949-956.

42. MacLean DR, Petrasovits A, Connelly PW, Little JA, O'Connor B. Impact of different blood lipid evaluation and treatment guidelines on the proportion of Canadians identified and treated for elevated blood cholesterol. Canadian Heart Health Surveys Research Group. *Can J Cardiol* 1999;15:445-451.
43. Legorreta AP, Liu X, Zaher CA, Jatulis DE. Variation in managing asthma: experience at the medical group level in California. *Am J Managed Care* 2000;6:445-453.
44. Apter AJ, Van Hoof TJ, Sherwin TE, Casey BA, Petrillo MK, Meehan TP. Assessing the quality of asthma care provided to medicaid patients enrolled in managed care organizations in Connecticut. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2001;86:211-218.
45. Ornstein SM, Jenkins RG. Quality of care for chronic illness in primary care: opportunity for improvement in process and outcome measures. *Am J Managed Care* 1999;5:621-627.
46. Health Services Utilization and Research Commission. *Adherence to cholesterol-lowering drugs in Saskatchewan*. Saskatchewan: HSURC Saskatchewan; 1997;9:1-8
47. Hargest AH, Loh, E. *Optimizing medication use in seniors receiving home care*. Ottawa: Canadian Pharmacists Association; 1997;p.1-43.
48. MacKeigan LD, Marshman JA, Einarson TR. *The role of the pharmacist in home care*. Ottawa: Canadian Pharmacists Association; 2001;p.1-24.
49. Goodyer LI, Miskelly F, Milligan P. Does encouraging good compliance improve patients' clinical condition in heart failure? *Br J Clin Pract* 1995;49:173-176.
50. Sidel VW, Beizer JL, Lisi-Fazio D, Kleinmann K, Wenston J, Thomas C et al. Controlled study of the impact of educational home visits by pharmacists to high-risk older patients. *Journal of Community Health* 1990;15:163-74.
51. Stewart S, Pearson S, Horowitz JD. Effects of a home-based intervention among patients with congestive heart failure discharged from acute hospital care. *Arch Intern Med* 1998;158:1067-1072.
52. Beney J, Bero LA, Bond C. Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects on health services utilization, costs, and patient outcomes (Cochrane Methodology Review). *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
53. Rougheed EE, Semple S, Vitry A. The value of pharmacist professional services in the community setting. Pharmacy Guild of Australia, 2003, pp 201.
54. *Report on the transfer of authority to fill prescriptions by electronic transmission*. National Association of Pharmacy Regulatory Authorities; 1998.
55. *Statement of professional standards on electronic prescriptions*. International Pharmaceutical Federation; 2001.
56. Dickson M, Jacobzone S. *Pharmaceutical use and expenditure for cardiovascular disease and stroke: a study of 12 OECD countries*. OECD, 2003.
57. Moise P, Jacobzone S, et al. *OECD study of cross-national differences in the treatment, costs and outcomes of ischaemic heart disease*. OECD, 2003.
58. Department of Health A Vision for Pharmacy in the New NHS. 2003.
59. Duff N The direct supply of medicines in Scotland – a local view. *Pharm J* 2003 vol 270 26.
60. Rougheed EE, Semple SJ, Gilbert AL Quality use of medicines in aged care facilities in Australia. *Drugs and Aging* 2003 20 643-653.