

L'usage optimal des médicaments une cible d'équipe

4

Michel Tassé et Serge Dumont

À son rendez-vous médical, M^{me} Roy apporte aujourd'hui une liste de quinze médicaments et produits naturels qu'elle prétend prendre. Pourtant, ces produits ne sont pas tous inscrits à son dossier. De plus, l'observance de la patiente semble douteuse. La complexité de sa situation médicale fait en sorte que le D^r Cyr n'a pu prendre en charge ses problèmes de santé comme il l'aurait souhaité. Il a l'impression de n'agir qu'en surface en jouant au yoyo avec les doses de médicaments, car sa pression artérielle et son rapport international normalisé (RIN) fluctuent constamment. Que faire ?

PRESCRIRE UN MÉDICAMENT peut sembler un acte rapide et efficient. Toutefois, le médecin doit considérer toutes les activités qui y sont associées, comme renseigner le patient sur la prise adéquate, vérifier l'atteinte des objectifs thérapeutiques, faire les ajustements posologiques, s'assurer de l'innocuité du traitement, répondre au pharmacien qui demande une précision, rappeler le patient qui a des questions sur son nouveau médicament, prévoir du temps pour effectuer une révision périodique de la liste des produits pharmaceutiques qui s'est insidieusement allongée, etc. De quoi demeurer obnubilé par les tâches à accomplir !

Quelles conditions favorisent l'usage optimal des médicaments ?

Nous devons rendre les traitements médicamenteux qui ont un effet probant sur la santé encore plus acces-

M. Michel Tassé, pharmacien, est clinicien à l'UMF-GMF du CLSC Bordeaux-Cartierville et est clinicien associé à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal. Le D^r Serge Dumont, omnipraticien, pratique à l'UMF-GMF du CLSC Bordeaux-Cartierville depuis l'année 2000 et est chargé d'enseignement clinique au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal.

Encadré

Définition de l'usage optimal des médicaments¹

Le Conseil du médicament du Québec définit l'usage optimal des médicaments comme une façon de maximiser les bienfaits et de réduire au minimum les risques pour la santé de la population, en tenant compte des diverses options possibles, des coûts et des ressources disponibles ainsi que des valeurs des patients et de la société.

sibles, car ils permettent fréquemment d'éviter d'autres solutions plus coûteuses. Parallèlement, il faut réduire l'utilisation de médicaments qui nuisent à la qualité de vie des patients et qui entraînent un recours indu aux services de santé (encadré). On estime que de 5 % à 25 % des admissions hospitalières^{2,3} et que plus d'une visite à l'urgence sur neuf seraient attribuables aux effets indésirables des médicaments⁴. Selon une étude canadienne, 23 % des patients avaient subi un événement indésirable après une hospitalisation en soins spécialisés et que 72 % de ces événements étaient d'origine médicamenteuse⁵.

Les grands défis

Autonomisation des patients : renforcer nos alliés

Enseigner aux patients à prendre soin de leur santé et à faire un bon usage des médicaments contribue à

l'amélioration des résultats cliniques et à l'innocuité des traitements. Un patient qui devient un partenaire plus engagé dans ses soins de santé favorise une meilleure intégration des services, particulièrement si ces services sont asynchrones et offerts par de multiples intervenants. La participation active des patients doit donc être encouragée en tenant compte de leurs choix et préférences quant aux traitements dans le respect de leurs limites. Il faut profiter des contacts avec eux, au moment de la prestation des soins, pour accroître leurs connaissances sur les médicaments utilisés. Cependant, l'ampleur de la tâche et le maintien d'un effet durable nécessitent une communication quasi constante entre les intervenants pour que le discours demeure uniforme et cohérent.

Mieux utiliser toutes les ressources

Tous les intervenants ont un rôle à jouer et peuvent aider à déterminer les besoins et à signaler les facteurs de risque liés aux médicaments. Les paramètres de suivi des maladies chroniques, de l'efficacité des traitements et de la surveillance des effets indésirables doivent être personnalisés et partagés entre les divers soignants. Cette façon de faire permet d'enrichir l'équipe d'une meilleure connaissance du patient et de l'usage que ce dernier fait de ses médicaments. Toutefois, le véritable défi met en jeu le réseautage au sein du système et les interventions interprofessionnelles touchant le patient et son traitement médicamenteux. L'information pertinente doit être disponible au moment opportun, ce qui représente un obstacle dans un modèle ambulatoire où le patient est traité dans plusieurs points de service. Il faut donc faire évoluer nos modèles de soins pour que divers professionnels puissent intervenir le plus tôt possible et avoir un effet positif réel. Un dossier médical unique informatisé sera d'un énorme soutien à l'intégration des soins.

La constitution d'équipes au sein d'un GMF et d'une clinique-réseau dans le but de renforcer l'offre de soins en première ligne fournit l'occasion de réorganiser le travail de manière à mieux répartir les

tâches. L'article de M^{me} Marie-Claude Vanier et coll. intitulé : « Des équipes interprofessionnelles en soins de première ligne : rêve ou réalité », dans le présent numéro, aborde plus spécifiquement ces modèles d'organisation des soins. La participation de différents professionnels aux soins directs prodigués aux patients permet de consolider les liens avec d'autres ressources. Les actions coordonnées des infirmières, des pharmaciens cliniciens et des autres professionnels travaillant au sein de ces équipes doivent viser à alléger la tâche du médecin et à faciliter la création de liens. Le but est d'entraîner un effet multiplicateur favorable chez les autres partenaires du réseau, notamment les pharmaciens de quartier en ce qui concerne l'usage des médicaments, mais aussi les intervenants de plusieurs programmes des CSSS (soutien à domicile, programme en santé mentale, centre d'éducation sur la santé, centre d'abandon du tabagisme, etc.).

Comment établir une collaboration sur l'usage des médicaments ?

Le médecin qui souhaite travailler en interdisciplinarité pour mieux encadrer l'usage des médicaments doit définir son propre rôle et celui de ses collaborateurs selon leurs champs d'exercice professionnel, leurs connaissances, leurs compétences et leurs capacités. Quel genre de collaboration peut donc envisager le médecin qui doit maintenir la direction du plan thérapeutique ?

L'entrée en vigueur de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, communément appelée « Loi 90 », a élargi les activités liées aux médicaments et permet désormais à des professionnels non-médecins « d'initier », d'ajuster et de surveiller le traitement médicamenteux, si cette activité se trouve dans le champ d'exercice de leur profession⁶ (tableau). Ces activités peuvent servir de tremplin à une collaboration favorisant l'usage optimal des médicaments après discussion et concertation entre les professionnels concernés.

Le véritable défi met en jeu le réseautage au sein du système et les interventions interprofessionnelles touchant le patient et son traitement médicamenteux.

Repère

Tableau**Activités professionnelles réservées à des non-médecins et potentiellement liées aux médicaments après la réforme du Code des professions (Loi 90)⁶**

Professionnel	Activités réservées en vertu du champ d'exercice
Pharmacien	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Émettre une opinion pharmaceutique ⊗ Préparer et vendre des médicaments ⊗ Surveiller le traitement médicamenteux ⊗ « Initier » ou ajuster, selon une ordonnance, le traitement médicamenteux en recourant, le cas échéant, aux analyses de laboratoire appropriées ⊗ Prescrire un médicament à des fins de contraception orale d'urgence et exécuter l'ordonnance lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre des pharmaciens du Québec
Infirmière	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Exercer une surveillance clinique de l'état de santé des personnes à risque, notamment le monitoring et l'ajustement du traitement infirmier ⊗ « Initier » des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance ⊗ Effectuer et ajuster des traitements médicaux effractifs (<i>invasifs</i>), selon une ordonnance ⊗ Établir le plan de traitement pour les plaies et les altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et traitements qui s'y rattachent ⊗ Administrer ou ajuster les doses de médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance ⊗ Procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique ⊗ Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament conformément à une ordonnance
Infirmière praticienne spécialisée (IPS)	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Prescrire des médicaments et d'autres substances ⊗ Prescrire des traitements médicaux lorsqu'elle y est habilitée par le Règlement sur les activités prévues à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins
Infirmière auxiliaire	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament conformément à une ordonnance ⊗ Administrer par d'autres voies que la voie intraveineuse des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance ⊗ Contribuer à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique
Nutritionniste	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Établir le plan de traitement nutritionnel, y compris la voie d'administration, lorsqu'une ordonnance individuelle indique que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement de la maladie
Inhalothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Administrer ou ajuster des médicaments ou autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance ⊗ Mélanger des substances en vue de préparer un médicament, selon une ordonnance

Collaborer à la surveillance du traitement médicamenteux

Un membre en règle d'un ordre professionnel peut effectuer de façon autonome, c'est-à-dire sans ordonnance médicale particulière, certaines activités qui lui sont réservées en vertu de son champ d'exercice. Par exemple, l'infirmière doit assurer la surveillance clinique de l'état d'un patient prenant des médicaments ou non. Le pharmacien, quant à lui, doit exercer une surveillance du traitement médicamenteux et veiller à ce que la dose administrée procure l'effet escompté sans entraîner d'effets indésirables, que le médicament soit employé seul ou en association avec d'autres⁷.

Le médecin peut également choisir de collaborer avec un professionnel en lui précisant les suivis particuliers qu'il aimerait mettre en place pour un patient donné. D'autres membres de l'équipe de la clinique (pharmacien clinicien, infirmière, etc.) peuvent également proposer certains suivis selon le mode de fonctionnement interne de la clinique. Enfin, le pharmacien de quartier (pharmacien traitant) peut exercer ces suivis en vertu des services réguliers qu'il offre aux patients au rythme des renouvellements d'ordonnance. Des mécanismes de communication doivent être établis pour rendre compte du résultat de ces suivis au médecin s'il le souhaite.

D'autres activités de surveillance du traitement médicamenteux dépendent de notre créativité et de notre capacité à décupler l'utilisation des ressources en mettant à contribution plusieurs types de professionnels. Citons l'exemple d'une équipe de soutien à domicile en CLSC où les intervenants étaient invités à signaler des problèmes potentiellement liés à l'usage des médicaments par les personnes âgées en perte d'autonomie. Après une brève formation, ces intervenants (auxiliaires familiaux et sociaux, infirmières, nutritionnistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes et travailleurs sociaux) pouvaient informer le pharmacien clinicien de l'équipe, à l'aide d'une fiche de liaison, des

problèmes qu'ils avaient spontanément détectés pendant la prestation de leurs propres services au domicile des patients. Dans cette étude non publiée, plus de 80 % des événements mentionnés étaient jugés suffisamment pertinents pour que le pharmacien de l'équipe intervienne auprès du médecin ou du pharmacien traitant du patient⁸.

« Initier » le traitement et ajuster les doses

Le médecin peut choisir de déléguer à un professionnel, sous la forme d'une ordonnance collective ou individuelle, une activité que lui confère son champ d'exercice (*tableau*). Il peut ainsi confier aux pharmaciens, infirmières ou inhalothérapeutes le fait « d'initier » ou d'ajuster un traitement médicamenteux en rédigeant, seul ou avec un groupe de médecins, une ordonnance à cette fin dans laquelle sont précisées les contre-indications possibles et les conditions permettant aux professionnels « d'initier » la prise d'un médicament⁹. S'il accepte, le professionnel est responsable de l'application individuelle ou collective selon les paramètres définis par écrit par les médecins signataires de l'ordonnance.

Une ordonnance collective permettant de commencer certains traitements n'accorde pas le droit de prescrire des médicaments, mais établit plutôt le cadre dans lequel le traitement peut être commencé. Un tel outil peut simplifier l'accès à des médicaments lorsque les patients présentent des problèmes de santé simples ou de santé publique qui ne nécessitent pas absolument une consultation médicale. L'ordonnance collective doit spécifier le professionnel à qui elle s'adresse, la population visée, les modalités d'application, ainsi que les mécanismes et la fréquence de rétroaction exigés par le médecin, selon le degré de supervision à assurer⁹. Cette méthode facilite l'organisation des services locaux ou régionaux et offre aux intervenants l'occasion de mieux définir et de mieux coordonner la collaboration interprofessionnelle autour d'outils structurés pour le mieux-être de leurs patients. À cet

L'entrée en vigueur de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, communément appelée « Loi 90 », a élargi les activités liées aux médicaments et permet désormais à des professionnels non-médecins « d'initier », d'ajuster et de surveiller le traitement médicamenteux, si cette activité se trouve dans le champ d'exercice de leur profession.

Repère

égard, il est cependant important de rappeler qu'à titre de prescripteurs, les médecins sont responsables du contenu scientifique des ordonnances collectives. Ils doivent donc être en parfait accord avec leur contenu puisqu'ils en sont les signataires.

Sous l'égide du MSSS, des membres de l'Ordre des pharmaciens du Québec, du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec préparent actuellement une banque d'exemples d'ordonnances collectives portant sur des sujets courants, tels que l'anticoagulothérapie, l'hypertension, le diabète et la dyslipidémie. D'autres outils de collaboration touchant d'autres problèmes cliniques pourraient voir le jour dans une phase ultérieure selon les besoins des clientèles. Toutes ces ordonnances collectives devraient tôt ou tard être disponibles sur support informatique, ce qui permettrait d'éviter que chaque équipe crée son propre outil de travail pour un même problème clinique. Les modèles déjà en place qui fonctionnent bien et qui sont acceptés par les partenaires locaux seront maintenus.

Comment évaluer l'efficacité de la collaboration ?

Certains guides de pratique favorisent aujourd'hui la collaboration interprofessionnelle, car elle permet un meilleur suivi des clientèles et une amélioration de la qualité des soins. On constate cependant que bien peu d'études ont évalué les effets réels d'une telle collaboration sur les résultats cliniques. L'accès aux données probantes est encore plus limité concernant les effets de la prise en charge interprofessionnelle sur le traitement médicamenteux.

Les données extraites du *tableau I* de l'article du D^r Dumont intitulé : « Enjeux du suivi interprofessionnel », dans le présent numéro, montrent que les interventions les plus avantageuses d'un point de vue clinique sont celles qui touchent la prise en charge des maladies chroniques. Cependant, il faut tenir compte de la validité externe de ces résultats lorsque les soins de santé sont offerts dans des systèmes de collaboration interprofessionnelle différents. Selon une étude

faite au Québec, la mise en place du modèle de collaboration médecin-pharmacien est faisable et permet d'obtenir des résultats cliniques équivalant à ceux qu'obtient un médecin ne pratiquant pas avec d'autres professionnels dans le cas de l'hyperlipidémie¹⁰.

Plusieurs modèles proposant l'ajustement thérapeutique par le pharmacien de quartier sont actuellement en émergence un peu partout dans la province. Par exemple, des ordonnances collectives dans les pharmacies du Saguenay-Lac-Saint-Jean permettent désormais aux femmes enceintes d'obtenir des antinauséux et des vitamines directement du pharmacien avant leur premier rendez-vous avec leur médecin¹¹. En Beauce-Etchemin, des initiatives novatrices ont permis une collaboration médecins-pharmaciens dans le but d'ajuster les doses de warfarine, d'anti-hypertenseurs et d'hypolipémiants à la satisfaction de toutes les parties¹². Un récent rapport sur la mise en œuvre d'une clinique-réseau d'anticoagulothérapie en pharmacies privées dans cette région souligne que l'efficacité clinique de la warfarine est passée de 45 % à 70 % lorsqu'on la compare aux résultats du suivi classique, en plus d'entraîner des économies substantielles quant au nombre de mesures de RIN et au temps médical et infirmier¹³.

En matière de santé publique, il y a une corrélation entre la plus grande disponibilité de la contraception orale d'urgence dans les pharmacies privées et la réduction de 10 % du nombre d'interruptions volontaires de grossesse au Québec entre 2003 et 2008¹⁴. Par contre, il est difficile, pour le moment, d'associer la diminution du nombre de fumeurs au Québec à un accès plus facile aux traitements de remplacement de la nicotine, puisque des campagnes de publicité et la création des centres d'abandon du tabagisme se sont faites simultanément. Quoi qu'il en soit, dans un contexte de pénurie de médecins et dans une perspective d'optimisation des ressources, on peut supposer que l'accès à des médicaments pour traiter des problèmes de santé bénins permettrait aux médecins de se concentrer sur les cas plus complexes.

Les activités de collaboration interprofessionnelle

Bien peu d'études ont évalué les effets réels d'une collaboration interprofessionnelle sur les résultats cliniques.

Repère

structurées et coordonnées autour d'outils comme les ordonnances collectives peuvent faciliter la réorganisation du travail par la création d'équipes multi-professionnelles dans les cliniques médicales ou sur un territoire donné. Toutefois, cette collaboration demeure encore tributaire d'une évaluation appropriée par la clientèle et les professionnels touchés. C'est pourquoi le partage systématique des résultats, les discussions entre les divers intervenants sur les bons et les mauvais coups et l'écoute des besoins des patients doivent faire partie d'une évaluation continue de manière à faire évoluer nos pratiques.

Le D^r Cyr a demandé à l'infirmière et au pharmacien clinicien de son équipe de lui procurer une évaluation de M^{me} Roy avant qu'il ne la voie lui-même. L'infirmière a mesuré divers paramètres cliniques chez la patiente, puis discuté avec le pharmacien qui a pu faire une analyse exhaustive des médicaments de cette dernière. Le D^r Cyr, l'infirmière et le pharmacien ont discuté des problèmes propres aux médicaments utilisés et ont mis au jour certains obstacles à l'observance ainsi que des pistes de solution. Ils en ont parlé à M^{me} Roy et ont transmis les informations à son pharmacien habituel qui a accepté d'ajuster la dose des antihypertenseurs et de la warfarine selon les paramètres fixés par le D^r Cyr et de fournir à ce dernier un rapport annuel des ajustements effectués avant le rendez-vous médical de la patiente. ☞

Date de réception : le 15 août 2010

Date d'acceptation : le 23 septembre 2010

M. Michel Tassé et le D^r Serge Dumont n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Conseil du médicament. *Définition de l'usage optimal*. Québec : Le Conseil; 2010. Site Internet : www.cdm.gouv.qc.ca/site/aid=1303.phtml (Date de consultation : le 21 octobre 2010).
2. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR et coll. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA* 2003; 289 (9) : 1107-16.
3. Pirmohamed M, James S, Meakin S et coll. Adverse drug reactions as a cause of admission to hospital: prospective analysis of 18,820 patients. *BMJ* 2004; 329 : 15-9.
4. Zed PJ, Ryad AB, Balen RM et coll. Incidence, severity and preventability of the medication-related visits to the emergency department: a prospective study. *Can Med Assoc J* 2008; 178 (12) : 1563-9.
5. Forster AJ, Clark HD, Menard A et coll. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *Can Med Assoc J* 2004; 170 (3) : 345-9.

Summary

Optimal use of medication: a team target. Required steps to ensure optimal use of medication are vast and complex. All patients' caregivers must contribute and support physicians for the sake of quality care. However, the real challenge to optimal use of medication implies the system network and the interventions surrounding the patient. Amendments to the Quebec professional code gave other health professionals the latitude to support the physician, while enabling him to manage the medication therapy plan. Interprofessional collaboration activities, benefiting from tools such as collective prescriptions, may influence work organization. Since there are very few conclusive studies on the impact of such collaboration, communication and retroaction among professionals remain the best way to evaluate performances, in order to promote the evolution of this practice.

6. Québec. *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, LQ, chapitre 33. Québec : L'Éditeur officiel du Québec; 2002.
7. Québec. Cahier explicatif de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. 5^e éd., Québec : Le gouvernement; avril 2003. p 86.
8. Programme de pharmacovigilance à domicile. Projet SIPA. Montréal : CLSC Bordeaux-Cartierville; 2001.
9. Collège des médecins du Québec. *Les ordonnances faites par un médecin. Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec*. Montréal : Le Collège; mai 2005. p. 19-22. Site Internet : www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/Profil/Commun/AProposOrdre/Publications/~media/E34C491E41A34B38BC4BE53915FD44D9.ashx?sc_lang=fr-CA (Date de consultation : le 24 octobre 2010).
10. Villeneuve J, Genest J, Blais L et coll. A cluster randomized controlled trial to evaluate an ambulatory primary care management program for patients with dyslipidemia: the TEAM study. *Can Med Assoc J* 2010; 182 (5) : 447-55.
11. Whitton E. De meilleurs soins aux femmes enceintes. *Actualité pharmaceutique* 2010; 18 (6) : 8.
12. Lacoursière A. La santé qui fait du bien. *La Presse*; 15 juillet 2010. Site Internet : <http://cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201007/14/01-4298326-la-sante-qui-fait-du-bien.php> (Date de consultation : le 30 octobre 2010).
13. Côté S. Innovation : une clinique-réseau d'anticoagulothérapie dans votre pharmacie. *Pharmactuel* 2010; 43 : 256-63.
14. Institut de la statistique du Québec. Le bilan démographique du Québec. Québec : L'Institut; 2009. p. 36. Site Internet : www.bdo.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01614FR_Bilandemo2009F00.pdf (Date de consultation : le 1^{er} novembre 2010).