

La démarche timide d'une région pour défier le sacro-saint formulaire

par Kevin W. Hall

En lisant un article précédent de la série *Pleins feux sur le formulaire*¹⁻⁶, je me suis arrêté sur un commentaire de Neil MacKinnon qui disait que les «formulaires étaient aussi enracinés dans notre profession que les médicaments que nous distribuons.»² Peu réfuteront cette affirmation qui a toutefois son pendant : le débat sur la valeur et la rentabilité des formulaires est aussi incrustée dans notre profession.

En 1986, un commentaire provocateur sur le formulaire commençait comme ceci : «Une véritable escroquerie a été perpétrée contre la pharmacie d'hôpital — les coupables en sont les membres de la profession eux-mêmes, et la supercherie perpétuelle en est le système du formulaire.»⁷ L'auteur questionnait les arguments avancés par les défenseurs des systèmes de formulaire et terminait en affirmant qu'il fallait davantage de données pour que la profession continue à soutenir ce concept.

Qu'y a-t-il eu de fait pour repenser ce système de formulaire, renouveler son dynamisme, et fournir les données qui confirment sa valeur et sa rentabilité? L'éternel débat sur ce sujet porte à croire que trop peu a été fait. De nombreux formulaires sont toujours d'abord et avant tout un outil de contrôle de l'usage des médicaments, une simple énumération des médicaments qui sont disponibles dans un établissement spécifique. En outre, il y a toujours ce manque de données qui permettraient de conclure que les formulaires sont des outils efficaces de contrôle de l'usage des médicaments. En 1997, Hepler a écrit que «peut-être la plupart des experts dans ce domaine privilégient les formulaires, mais les preuves de rentabilité ne sont pas concluantes . . . la littérature montre que seulement une demi-douzaine d'études sur la rentabilité des formulaires ont été menées dans des établissements de soins de santé américains. Un nombre équivalent d'études en sont arrivées à des conclusions favorables, défavorables ou neutres.»⁸

Dernièrement, un certain nombre de praticiens ont signalé que les formulaires pouvaient engendrer des problèmes pharmacothérapeutiques chez les patients qui passaient d'un milieu de soins à un autre^{1,3,9}. En effet, les médicaments inscrits au formulaire de l'hôpital sont bien souvent différents de ceux des listes de médicaments des assureurs¹. McLean s'est demandé si la substitution des médicaments était une pratique sûre, dans le contexte où les patients passent du milieu hospitalier au milieu communautaire, sans aucune ressource pour leur donner les conseils et les explications nécessaires à comprendre les changements imposés par le formulaire³. Peu de services de pharmacie disposent actuellement des ressources leur permettant d'appuyer efficacement une telle démarche aussi complète de continuité des soins.

Comme le soulevait MacKinnon², devons-nous protéger ce sacro-saint monument de la pharmacie ou devons-nous nous attarder à trouver des façons d'améliorer les issues favorables des traitements découlant de l'utilisation des formulaires tout en réduisant au maximum les conséquences indésirables de leur utilisation?

Lorsque la régie régionale de la santé de Winnipeg a vu le jour, les neuf hôpitaux régionaux auparavant indépendants qui la composent avaient des formulaires notablement différents. Il en était de même pour les règlements et la philosophie de chacun des établissements qui régissaient ces formulaires. Les méthodes de gestion des formulaires nettement différentes dans ces neuf hôpitaux, toutes conçues par des pharmaciens et des médecins de bonne volonté, sont peut-être un bon indice de l'absence de consensus de la profession sur ce qui constitue un bon système de formulaire. Peu oseraient proposer d'abandonner le formulaire, vu les problèmes d'organisation et de soins que cela engendrerait^{4,6,10}. Mais est-il peut-être temps de poser la question autrement. Ne devrions-nous pas nous

demander quelles sont les caractéristiques déterminantes d'un formulaire idéal plutôt que nous demander si nous avons besoin d'un formulaire? Ainsi, les membres de la profession ne doivent pas s'écarter de la réalité que constituent les deux objectifs réels du formulaire : l'efficacité de l'organisation et le bien-être des patients¹¹.

En 1986, Abramowitz et Fletcher ont décrit comment ils croyaient que le système de formulaire de l'avenir pouvait atteindre ces deux objectifs¹². Ils ont expliqué comment les analyses coûts-efficacité et coûts-avantages seraient utilisées à plus large échelle au cours du processus de prise de décision visant le formulaire, et comment on en arriverait à une meilleure coordination et standardisation des traitements prescrits aux patients hospitalisés et ambulatoires. Les auteurs ont également suggéré que bien que les politiques de substitution générique et d'interchangeabilité thérapeutique continueraient d'exister, il y aurait plus de souplesse et de personnalisation dans les traitements, et un meilleur contrôle de l'utilisation des médicaments en mettant en place des moyens de sensibilisation et des critères de recommandation plutôt qu'en limitant l'accès aux médicaments.

La régie régionale de la santé de Winnipeg a pris un certain nombre de décisions en s'inspirant des recommandations de Abramowitz et Fletcher, qui, nous croyons, concilient bien les impératifs d'efficacité organisationnelle et de bien-être des patients.

- Les principales restrictions limitant l'accès aux médicaments et leur usage ne seront appliquées qu'aux agents qui ont un faible indice thérapeutique, sont difficiles à utiliser, coûtent plus cher que les traitements de rechange efficaces, ou qui ont des effets sur l'écologie microbienne.
- Plus de souplesse et de personnalisation dans les traitements des patients qui passent du milieu communautaire au milieu hospitalier :
 - Au sein de nombreuses classes de médicaments (comme les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et les hypocholestérolémiants), un agent principal sera choisi et privilégié comme médicament de choix de la région pour amorcer le traitement et comme solution de rechange aux médicaments d'une même classe lorsque la substitution est possible sans toutefois compromettre les soins que le patient reçoit. L'un des principaux critères de sélection de l'agent principal sera son inscription sur les listes de médicaments des milieux communautaires.
 - Les autres agents au sein d'une même classe qui sont fréquemment prescrits dans notre milieu

communautaire local — et qui ne sont pas notablement plus chers, plus toxiques ou plus difficiles à utiliser que l'agent principal — seront classés comme agents secondaires. Ces derniers seront offerts, dans la plus grande mesure du possible, aux patients qui prenaient déjà ces agents lors de leur admission, si le médecin juge que la substitution n'est pas dans le meilleur intérêt du patient.

- Les plans d'intervention et les critères d'utilisation des médicaments plutôt que le statut de médicament non inscrit au formulaire deviendront les principaux outils de gestion de l'utilisation des médicaments.
- Le statut de médicament non inscrit au formulaire sera réservé aux médicaments qui n'ont pas encore été évalués par le Comité de pharmacologie et de thérapeutique, qui ont été rejetés par ce comité, ou qui ont été retirés du formulaire de médicaments. Ces agents seront disponibles uniquement après avoir obtenu l'approbation du président du sous-comité de pharmacologie et de thérapeutique pertinent (adultes, pédiatrie ou oncologie).
- Le modèle de soins régionaux qui est élaboré pour les pharmaciens membres du personnel comprendra la responsabilité de la pharmacothérapie de chaque malade (soins pharmaceutiques) et la responsabilité de l'utilisation des médicaments (gestion de l'utilisation des médicaments) pour la population de malades. Ces deux objectifs pourront être atteints principalement par le biais de moyens de sensibilisation auprès des médecins, des pharmaciens et des patients.

Ces changements sont perçus par certaines personnes de la région comme des réformes du système de formulaire bien maigres et bien timides. D'autres les voient comme des changements plutôt radicaux qui effritent le rôle traditionnel de leur ancien formulaire qui était de gérer l'utilisation des médicaments, rôle qui était accompli en grande partie en limitant la disponibilité des médicaments. Nous espérons pouvoir étudier les conséquences des changements que nous apportons au système du formulaire sur la rentabilité et sur les soins aux patients. Cette étude permettra de répondre à ces questions. Mais les résultats feront-ils vraiment une différence? À ce jour, la croyance de la profession dans le sacro-saint formulaire est plus une question de foi que de faits.

Références

1. Wheeler-Usher D. Lorsque la politique est chaotique, peut-on aplanir les difficultés sur la route de la continuité des soins? *J can pharm hosp* 1999;52:10-1.



2. MacKinnon NJ. When it comes to formularies, where is our focus? *Can J Hosp Pharm* 1999;52:143-4.
3. McLean W. Substitution au formulaire : avantages, inconvénients et inconnu. *J can pharm hosp* 1999;52:280-1.
4. Brown G. Le système de formulaire dans les établissements : à l'encontre de la prestation des soins pharmaceutiques? *J can pharm hosp* 2000;53:15-6.
5. Paton TW, Zamin M. La place des produits botaniques et des suppléments alimentaires dans le formulaire. *J can pharm hosp* 2000;53:83-4.
6. Jewesson P. Le système hospitalier du formulaire de médicaments : un ramasse-poussière? Opinions d'un responsable du formulaire, fatigué mais toujours au poste. *J can pharm hosp* 2000;53:181-3.
7. Green JA. The hospital formulary system and the emperor's new clothes. *Am J Hosp Pharm* 1986;43:2830-4.
8. Hepler CD. Where is the evidence for formulary effectiveness? [lettre]. *Am J Health Syst Pharm* 1997;54:95.
9. Smartwood DE. Ethics and managed care formularies [éditorial]. *Am J Health Syst Pharm* 2000;57:851.
10. Zellmer WA. Rethinking the formulary system concept [éditorial]. *Am J Hosp Pharm* 1986;43:2829.
11. Jonsen A. Fortresses and formularies: drugs, ethics and managed care. *Am J Health Syst Pharm* 2000;57:853-6.
12. Abramowitz PW, Fletcher CV. Counterpoint: Let's expand the formulary system and renew its vigor. *Am J Hosp Pharm* 1986;43:2834-8.

Kevin W. Hall, Pharm. D., est directeur régional de pharmacie pour la régie régionale de la santé de Winnipeg, à Winnipeg, au Manitoba.

Adresse de correspondance :

D^r Kevin W. Hall
Winnipeg Regional Health Authority
820 Sherbrook Street
Winnipeg (MB)
R3A 1R9
courriel : khall@hsc.mb.ca