

Les problèmes pharmacothérapeutiques — Du pain sur la planche!

par James E. Tisdale

Un problème pharmacothérapeutique se manifeste lorsqu'un patient souffre d'une affection ou éprouve des symptômes associés à un traitement médicamenteux¹. Strand et ses collègues¹ ont défini huit catégories de problèmes pharmacothérapeutiques qui se manifestent lorsque le patient a un état pathologique :

- qui nécessite un traitement médicamenteux (raison médicalement valable) et pour lequel aucun médicament ne lui a été prescrit.
- pour lequel il prend le mauvais médicament.
- pour lequel il prend une dose sub-thérapeutique du bon médicament.
- pour lequel il prend une surdose du bon médicament.
- attribuable à une réaction indésirable à un médicament.
- attribuable à une interaction médicament-médicament, médicament-aliment, médicament-épreuves de laboratoire.
- parce qu'il ne prend pas le médicament prescrit.
- attribuable à un médicament qu'il prend pour aucune raison médicale valable.

Les problèmes pharmacothérapeutiques sont devenus un problème de santé publique majeur en Amérique du Nord. On leur attribue des taux de morbidité et de mortalité effarants, et grèvent le système de santé d'un fardeau économique énorme. Or, qui parmi les professionnels de la santé sont les mieux placés pour agir face à cet important problème? Les pharmaciens peuvent-ils influencer d'une quelconque manière sur l'ampleur de ce fléau? Les pharmaciens d'hôpitaux peuvent-ils jouer un rôle déterminant?

L'AMPLEUR DU PROBLÈME

Johnson et Bootman estiment, dans leur recherche de 1995 qui fait date², qu'on peut attribuer aux problèmes liés aux prescriptions médicamenteuses environ 198 815 décès par année aux États-Unis seulement, soit environ 545 morts par *jour*, ou

l'équivalent de deux gros-porteurs qui s'écrasent. Imaginez un peu la tollé publique qu'un tel écrasement soulèverait, cependant! Une pression intense serait exercée sur l'industrie de l'aviation pour qu'elle amorce une réforme de ses normes de sécurité.

Outre leur évaluation de la mortalité, Johnson et Bootman ont évalué que les coûts annuels liés à la mortalité et à la morbidité associées aux prescriptions de traitements médicamenteux s'élevaient à environ 77 milliards de dollars américains pour les soins ambulatoires aux États-Unis. Ces coûts annuels comprenaient 47 milliards en admissions à l'hôpital, 14 milliards en admissions à des services de soins prolongés, 7,5 milliards en consultations chez le médecin, 5 milliards en consultations aux urgences, et 2 milliards en ordonnances supplémentaires. Pour mieux illustrer l'énormité du problème, ces coûts (en dollars américains) sont supérieurs aux dépenses de santé pour le diabète (45 milliards) ou pour l'obésité (46 milliards), et représentent beaucoup plus que la moitié des coûts associés aux maladies cardiovasculaires (117 milliards). Un nouveau calcul récent de ces coûts, comprenant le coût des problèmes pharmacothérapeutiques chez les résidents de centres d'hébergement et chez les hospitalisés, suggère que les coûts associés à la morbidité et à la mortalité d'origine pharmacothérapeutiques aux États-Unis pourrait bien dépasser les 100 milliards de dollars américains*. Même s'il n'existe aucune donnée pour le Canada, y a-t-il une raison de croire que ces chiffres ajustés selon la population seraient largement différents?

*J. Lyle Bootman, Ph. D., doyen, College of Pharmacy, University of Arizona, Tucson, Arizona, communication personnelle, 1^{er} octobre 2000.

En tant que pharmaciens et pharmaciennes d'hôpitaux, nous devons tourner notre attention d'abord vers les patients qui ont été hospitalisés. En effet, combien de fois les problèmes pharmacothérapeutiques entraînent-ils l'hospitalisation? Johnson et Bootman ont d'ailleurs évalué que de 11 % à 28 % de toutes les admissions aux États-Unis pourraient bien être associées à des problèmes pharmacothérapeutiques². Dans une méta-analyse canadienne regroupant des rapports de 49 hôpitaux ou groupes d'hôpitaux de pays industrialisés dans le monde, y compris le Canada, on a évalué qu'environ 5 % de toutes les admissions à l'hôpital étaient attribuables à des réactions indésirables à un médicament, principalement des effets indésirables et des « effets excessifs »³. Jusqu'à 23 % des admissions qui étaient associées à un effet indésirable à un médicament étaient dues à la non-observance thérapeutique. La raison pour laquelle l'incidence des admissions attribuables aux effets indésirables — telle qu'évaluée dans cette méta-analyse³ — était inférieure à celle évaluée par Johnson et Bootman², s'explique probablement par le fait que la méta-analyse canadienne tenait compte de toutes les catégories de problèmes pharmacothérapeutiques², et non seulement des réactions indésirables aux médicaments.

Mais que penser des patients qui sont déjà hospitalisés? Les problèmes pharmacothérapeutiques sont-ils un problème chez cette population? Une étude comparative de cas appariés, menée dans un établissement de soins tertiaires⁴, a révélé un taux d'effets indésirables à un médicament de 2,43 pour 100 admissions. Parmi les patients qui avaient éprouvé des effets indésirables à un médicament, le taux de mortalité intrahospitalière s'élevait à 3,5 %, comparativement à 1,05 % pour les patients qui n'avaient pas éprouvé d'effets indésirables à un médicament ($p < 0,001$). De plus, la durée du séjour à l'hôpital était notablement supérieure chez les patients qui avaient éprouvé des effets indésirables à un médicament (7,69 jours c. 4,46 jours, $p < 0,001$), tout comme l'était le coût moyen d'un séjour à l'hôpital (10 001 \$ c. 5355 \$, $p < 0,01$). Les chercheurs ont évalué, après pondération des variables appariées, que la survenue des effets indésirables à un médicament était associée à un prolongement du séjour à l'hôpital de 1,91 jour et à une augmentation des coûts d'hospitalisation de 2262 \$. Le risque relatif d'accroissement du risque de mortalité chez les patients qui avaient éprouvé un effet indésirable à un

médicament était de 1,88 (intervalle de confiance à 95 % : 1,54 à 2,22, $p < 0,001$).

Nul doute que le fléau des problèmes pharmacothérapeutiques revêt une importance capitale pour la société en termes de morbidité, de mortalité, d'admissions à l'hôpital et de coûts de soins de santé.

QUE PEUVENT FAIRE LES PHARMACIENS?

Les pharmaciens peuvent-ils exercer une quelconque influence sur les problèmes pharmacothérapeutiques des patients? Pouvons-nous favoriser l'issue du traitement médicamenteux?

Leape et ses collègues⁵ ont justement évalué l'impact du pharmacien sur l'incidence des effets indésirables à un médicament évitables dans une unité de soins cardiaques intensifs d'un grand centre hospitalier universitaire. Ils ont comparé l'incidence de ces effets indésirables avant qu'un pharmacien ne soit ajouté à l'équipe de soins de cette unité; les résultats montrent que le taux d'effets indésirables à un médicament évitables était réduit de 66 % lorsqu'un pharmacien participait aux tournées avec l'équipe soignante.

Dans une autre étude, Smythe et ses collègues⁶ ont évalué l'impact du pharmacien sur l'incidence des effets indésirables à un médicament chez les patients hospitalisés. Un système de prestation des soins pharmaceutiques relevant du pharmacien a été mis sur pied dans une unité de soins médicaux gradués (une unité de soins intermédiaire). L'incidence des effets médicamenteux indésirables avait nettement diminué après la mise sur pied de ce système; les chercheurs ont aussi remarqué une diminution du temps de séjour à l'unité de soins intermédiaire (de $6,0 \pm 5,6$ jours à $4,8 \pm 3,7$ jours [moyenne \pm écart type], $p = 0,05$).

Il existe une panoplie d'observations qui confirment que les pharmaciens sont capables de réduire l'incidence des problèmes pharmacothérapeutiques et d'améliorer les résultats du traitement. Il a été démontré que les pharmaciens pouvaient améliorer l'issue clinique de diverses affections, notamment l'hypertension, les hyperlipémies, le diabète sucré, et d'autres affections nécessitant une anticoagulothérapie. En outre, à plus large échelle, la prestation de services de pharmacie clinique dans les hôpitaux a été associée à des améliorations de l'issue des traitements. En effet, dans une étude des services de pharmacie clinique menée auprès de 1029 hôpitaux américains, une analyse de régression multivariable a révélé que les services pharmaceutiques spécifiques suivants ont été associés



à des réductions des taux de mortalité : cueillette des antécédents médicamenteux à l'admission, communication d'informations sur les médicaments, recherches cliniques, et participation du pharmacien à l'équipe de réanimation cardio-respiratoire⁷. Les chercheurs ont observé une réduction des taux de mortalité intrahospitalière parallèle à l'augmentation du nombre de pharmaciens par lit occupé⁸. Finalement, les services de pharmacie clinique ont été associés à une réduction significative du coût des soins des patients hospitalisés⁹.

SAISSON L'OCCASION, C'EST NOTRE RESPONSABILITÉ

Forts de notre expérience à identifier, à prévenir et à prendre en charge les problèmes pharmacothérapeutiques, les pharmaciens et les pharmaciennes sont les professionnels de la santé les mieux placés pour exercer un effet positif sur l'incidence et l'impact de tels problèmes. Les données montrent que nous en sommes capables. En tant qu'experts en pharmacothérapie, nous devons assumer la responsabilité des traitements médicamenteux. Si en tant que professionnels, nous ne sommes pas prêts à assumer la responsabilité de résorber ce problème de société d'une telle ampleur, d'autres professionnels de la santé le sont.

Non seulement est-ce notre responsabilité, mais il s'agit là d'une chance inespérée pour l'avancement de notre profession. Les pharmaciens, seuls ou en groupe, devraient saisir cette occasion de mettre sur pied des systèmes d'identification, de prévention et de gestion des problèmes pharmacothérapeutiques tels qu'ils sont définis dans le modèle de soins pharmaceutiques¹. En tant que pharmaciens et pharmaciennes d'hôpitaux, nous devons nous adresser à nos patients, obtenir leurs antécédents médicamenteux, participer aux tournées avec les équipes médicales pour donner des conseils relativement au choix, à la posologie et au suivi médicamenteux et donner des conseils aux patients avant qu'il ne quittent l'hôpital. Les systèmes de pharmacie des hôpitaux doivent permettre aux pharmaciens d'exécuter ces tâches et les en remercier. Les facultés de pharmacie doivent proposer des programmes qui prépareront les pharmaciens à identifier, à prévenir et à gérer les problèmes pharmacothérapeutiques, et à accepter la responsabilité de l'issue des traitements médicamenteux. Les facultés et les associations professionnelles de pharmacie doivent offrir des programmes de formation adaptés, qui

permettront d'inculquer cette nouvelle philosophie aux nouveaux pharmaciens. Elles devraient aussi jouer un rôle proactif dans la promotion et l'avancement du rôle du pharmacien en matière de prévention et de gestion des problèmes pharmacothérapeutiques.

Les problèmes pharmacothérapeutiques constituent un problème de santé publique majeur en Amérique du Nord. Les pharmaciens et les pharmaciennes ont la chance et la responsabilité de réduire l'incidence et l'impact de ce problème. Arrêtons ces avions de tomber!

Références

1. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *Ann Pharmacother* 1990;24:1093-7.
2. Johnson JA, Bootman JL. Drug-related morbidity and mortality. A cost-of-illness model. *Arch Intern Med* 1995;155:1949-56.
3. Einaron TR. Drug-related hospital admissions. *Ann Pharmacother* 1993;27:832-40.
4. Classen DC, Pestonik SL, Evans RS, Lloyd JF, Burke JP. Adverse drug events, excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. *JAMA* 1997;277:301-6.
5. Leape LL, Cullen DJ, Clapp MD, Burdick E, Demonaco HJ, Erickson JI, et al. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. *JAMA* 1999;282:267-70.
6. Smythe MA, Shah PP, Spiteri TL, Lucarotti RL, Begle RL. Pharmaceutical care in medical progressive care patients. *Ann Pharmacother* 1998;32:294-9.
7. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy* 1999;19:556-64.
8. Bond CA, Raehl CL, Pitterle ME, Franke T. Health care professional staffing, hospital characteristics, and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy* 1999;19:130-8.
9. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and the total cost of care in United States hospitals. *Pharmacotherapy* 2000;20:609-21.

James E. Tisdale, Pharm. D., est professeur agrégé au College of Pharmacy and Allied Health Professions de la Wayne State University, et coordonnateur à l'éducation et à la formation du Département des services pharmaceutiques au Henry Ford Hospital, à Détroit, au Michigan. Il est également rédacteur adjoint du *JCPH*.

Adresse de correspondance :

D' James E. Tisdale
College of Pharmacy and Allied Health Professions
Wayne State University
230 Shapero Hall
Detroit MI 48202
USA
courriel : jtisdale@wizard.pharm.wayne.edu

