

Collaboration interdisciplinaire entre pharmaciens et autres professions médicales universitaires et / ou professionnels de la santé

Expériences, facteurs de succès, risques, analyse en économie de la santé

Résumé

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique
Unité de direction Santé publique, division Biomédecine
Andrea Brügger, section Droit des produits thérapeutiques

Dr. Laure Dutoit, Jolanda Jäggi, Kilian Künzi

Berne, mars 2014

Contexte

Avec le postulat de la conseillère nationale Ruth Humbel (12.3864, novembre 2012) relatif à la place des pharmacies dans les soins de base, la motion de la CSSS-N visant à simplifier la réglementation relative à l'automédication (07.3290) et l'initiative populaire « Oui à la médecine de famille » (entre-temps retirée), la division Biomédecine de l'OFSP s'est penchée, depuis de nombreuses années déjà, sur le rôle futur des pharmaciens dans les soins médicaux de base. Lors des travaux relatifs au postulat Humbel, l'OFSP a développé des mesures concrètes pour mieux mettre à profit les connaissances techniques des pharmaciens et pour redéfinir ou clarifier les rôles et la répartition des tâches entre ces derniers et les médecins. L'objectif de ces mesures consiste, d'une part, à garantir la qualité des traitements et des soins de santé ainsi que l'accès à ces derniers et, d'autre part, à renforcer les compétences des patients. Le cadre réglementaire et les normes de qualité, applicables à l'échelle suisse, devraient permettre de désamorcer la concurrence économique entre les médecins et les pharmaciens (cf. la propharmacie) et faire en sorte que ces deux groupes professionnels puissent utiliser leurs compétences techniques de manière optimale dans le processus de traitement. En outre, pour alléger la charge des médecins, il est prévu de faire davantage intervenir les pharmaciens dans l'accompagnement thérapeutique, le conseil en matière de santé et la prévention.

Sur la base d'une analyse en économie de la santé de différents modèles de collaboration interdisciplinaire en Suisse et à l'étranger, la présente expertise examine le ciblage des mesures proposées et discute des incitations ou des risques pertinents pour la structure d'un modèle de rémunération futur.

Procédure

L'intérêt principal de cette expertise porte sur la collaboration entre les pharmaciens et les médecins dans les soins de base ambulatoires. Dans un premier temps, elle a impliqué une **recherche bibliographique** concernant les modèles les plus importants de la collaboration interdisciplinaire en Suisse et dans certains autres pays. Une **grille analytique** a été élaborée pour évaluer la littérature spécialisée : celle-ci permet de comparer les différents modèles sur la base de critères uniformes. Pour chaque modèle, les résultats calculables en matière d'amélioration de la qualité ainsi que de sécurité et de satisfaction des patients ont été documentés, et les causes possibles ont été recherchées. Deux **discussions entre experts** sont venues compléter ce processus en vue d'obte-

nir des résultats détaillés concernant des modèles suisses, dont, pour certains, aucune analyse scientifique n'avait été publiée. De plus, ces experts ont été questionnés en termes de facteurs de succès et de défis des modèles de rémunération pour lesquels la littérature spécialisée n'avait fourni quasiment aucune information. L'évaluation de l'efficacité et de la faisabilité des mesures proposées par l'OFSP s'est faite sur la base d'une **comparaison structurée** entre les mesures reposant sur les modèles décrits dans l'analyse de la littérature spécialisée et les facteurs de succès prédominants. Cette procédure s'est terminée par une évaluation globale des mesures proposées par l'OFSP au moyen des résultats des transferts spécifiques aux modèles. La présente expertise ne permet pas de déterminer quel **modèle de rémunération** favoriserait le fonctionnement des mesures proposées. Les données empiriques concernant les concepts de rémunération des modèles interdisciplinaires en Suisse et à l'étranger révèlent toutefois les facteurs de succès et les risques à prendre en compte lors de la définition d'une réglementation à cet égard.

Typologie des modèles interdisciplinaires

Les modèles de soins interdisciplinaires impliquant les pharmaciens peuvent être répartis en deux types :

Premièrement, **les modèles centrés sur le patient**, qui se focalisent sur l'encadrement interdisciplinaire de chaque patient. Ceux-ci se basent sur le concept du **suivi pharmaceutique** (pharmaceutical care), qui vise une coopération active entre le pharmacien, le médecin et le patient et a pour objectif d'identifier les problèmes liés aux médicaments, d'améliorer l'autogestion et d'optimiser le succès du traitement. De tels modèles sont souvent conçus pour certaines populations de patients, telles que des personnes atteintes de maladies chroniques (**gestion des maladies**) ou multiples. **Les passages en revue de la médication** peuvent être qualifiés de forme spécifique ou de section du suivi pharmaceutique : les pharmaciens et les médecins travaillent alors ensemble à la réduction et à la prévention des problèmes liés aux médicaments. L'accompagnement interprofessionnel des patients en vue d'une amélioration de **l'observance thérapeutique** compte également parmi cette catégorie de modèles.

Deuxièmement, **les modèles interprofessionnels**, tels que les **cercles de qualité** en Suisse romande, pour lesquels les connaissances techniques des pharmaciens sont mises à profit par d'autres groupes professionnels, par exemple, pour éviter des erreurs de médication ou pour améliorer le rapport coût-efficacité dans

la pratique en matière de prescriptions. Dans le cadre de tels modèles, les pharmaciens endossent aussi le rôle de consultants, par exemple, en conseillant des équipes de soins (dans des EMS, entre autres) concernant les risques en termes de problèmes liés aux médicaments, la gestion de la médication et les systèmes de documentation. Les passages à des modèles centrés sur le patient sont toutefois courants : selon la mise en œuvre dans la pratique, l'implication des pharmaciens dans les équipes de soins (ambulatoires ou stationnaires) peut se limiter aux contrôles de qualité et au conseil du personnel qualifié au moment de la prescription et de la remise de médicaments ou alors comprendre des tâches orientées sur le patient, comme le passage en revue de la médication ou l'information des patients.

Modèles en Suisse

En 1997, les premiers **cercles de qualité interdisciplinaires** sont apparus dans le canton de Fribourg. Dans ce contexte, les médecins de famille et les pharmaciens discutent de la pratique en matière de prescription. Les pharmaciens qui gèrent les cercles analysent les données de prescription des médecins participants. Les répercussions, non seulement cliniques mais aussi financières, sont mises en évidence pour les participants. En outre, les nouvelles données scientifiques d'études cliniques sont discutées. Sur cette base, les cercles de qualité peuvent élaborer des lignes directrices en matière de traitement. Le succès de ces modèles a été prouvé par de nombreuses études : amélioration de la sécurité du patient, diminution des coûts des médicaments, part accrue de prescription de génériques. Entre-temps, d'autres cantons ont également introduit ce modèle, principalement en Suisse romande, où la pharmacie est interdite. **Facteurs de succès :**

- participation facultative : la mise en œuvre de lignes directrices communes en matière de traitement n'est pas obligatoire
- système de documentation uniforme qui permet une comparaison détaillée entre les différents profils de prescription
- structures organisationnelles simples et peu coûteuses reposant sur des réseaux locaux existants
- formation postgrade interdisciplinaire

C'est également dans le canton de Fribourg qu'a été développé le modèle de **cercle de qualité stationnaire** dans les EMS. L'objectif consiste à optimiser la pratique en matière de prescription et de sécurité de la médication et,

dans le même temps, à améliorer le rapport coût/efficacité. Pour ce faire, les pharmaciens analysent l'historique de médication et de prescription des pensionnaires. De plus, en collaboration avec des médecins, la direction du home et le personnel d'encadrement, ils travaillent à la mise en œuvre d'un plan thérapeutique adapté. Dans certains cantons, les pharmaciens sont en outre responsables de l'approvisionnement et de l'encadrement des pharmacies d'EMS. Un modèle qui a lui aussi fait ses preuves : la sécurité de la médication augmente, les professionnels impliqués sont sensibilisés aux problèmes liés aux médicaments et les dépenses liées aux médicaments baissent.

Facteurs de succès :

- collaboration au sein d'une équipe pluridisciplinaire ; formation et conseil des infirmiers et du personnel d'encadrement
- formation postgrade des pharmaciens ; programme de coaching
- développement de lignes directrices cantonales pour les cabinets en matière de prescription de médicaments
- plafond pour les dépenses liées aux médicaments par patient

Dans le modèle « **netCare** », que santésuisse a lancé en 2012 sous la forme d'un projet pilote, le rôle des pharmaciens est étendu au conseil en matière de santé et au tri : les patients sont renseignés sur la base d'algorithmes fixes dans les pharmacies. Au besoin, ils peuvent exiger une consultation vidéo supplémentaire avec des médecins Medgate. Si les problèmes ne peuvent être résolus, les patients sont renvoyés pour un examen médical approfondi. Les résultats de l'évaluation scientifique sont attendus pour l'automne 2014. Les premières expériences montrent qu'une grande partie des cas (des problèmes de santé bénins, la plupart du temps) peut être directement réglée à la pharmacie et que la consultation vidéo n'est que très peu utilisée en comparaison. Toutefois, les médecins critiquent ce modèle et demeurent sceptiques, tant en termes de qualité des soins que d'efficacité des coûts et de décharge des médecins de famille.

L'objectif de différentes offres de soins interdisciplinaires consiste à **améliorer l'observance thérapeutique**. Par exemple, les patients peuvent être envoyés en consultation à la pharmacie de la Polyclinique médicale universitaire (PMU) de Lausanne lorsque les médecins suspectent des difficultés au niveau de la prise des médicaments ou de l'observance thérapeutique. Pharmaciens et médecins sont en contact étroit pour surveiller le déroulement du traitement. Les premières études démontrent que ce

modèle peut contribuer de manière décisive à stabiliser l'adhésion au traitement. Dans le contexte de la PMU, d'autres projets ont vu le jour : ceux-ci viennent ancrer le modèle dans le domaine ambulatoire et entendent instaurer un meilleur système de rapports concernant les effets indésirables des médicaments.

Parmi les autres modèles, qui ne font pas l'objet d'une analyse détaillée dans la présente expertise, figurent la collaboration des médecins spécialistes avec des **pharmaciens spécialistes**, les modèles interdisciplinaires d'encadrement des **addictions** ainsi que ceux du domaine stationnaire. L'implication accrue des **pharmaciens d'hôpitaux** peut à elle seule déjà contribuer à faire diminuer non seulement les erreurs de prescription et de médication mais aussi les coûts des médicaments.

Modèles à l'étranger

Si de nombreux pays connaissent des modèles interprofessionnels similaires aux cercles de qualité de Suisse romande, ceux-ci se focalisent sur les développements dans le domaine du suivi pharmaceutique ainsi que des prestations de consulting et/ou de l'intégration dans les cabinets médicaux.

Certains ont développé des **programmes de gestion** des maladies pour les affections chroniques, telles que l'asthme ou le diabète, où les pharmaciens, les médecins et, le cas échéant, d'autres personnes chargées de l'encadrement font partie de l'équipe de soins. Leurs tâches consistent, entre autres, à apporter leur soutien aux patients pour l'utilisation des médicaments, à leur fournir des informations sur leurs pathologies et à vérifier périodiquement l'existence de problèmes liés aux médicaments. Dans différents pays (comme le Canada), les pharmaciens sont habilités à prescrire des médicaments déterminés de manière autonome (conformément aux lignes directrices nationales) ou à adapter le dosage. Les programmes de gestion des maladies connaissent un grand succès dans de nombreux Etats, où ils ont un effet positif sur les résultats cliniques, la qualité des soins (diminution des problèmes liés aux médicaments et du nombre d'hospitalisations) et la satisfaction des patients, qui vivent beaucoup mieux leur sentiment d'efficacité personnelle dans ce modèle, qui s'est par ailleurs révélé rentable (en particulier en Finlande). **Facteurs de succès :**

- formation postgrade des pharmaciens (spécifique à la maladie ; communication et conseil) ; échange régulier avec des collègues
- soutien officiel d'associations professionnelles (médecins et pharmaciens) ; collabora-

tion de tous les acteurs (y compris organisations de patients) au moment du développement du programme déjà

- documentation précise (dossier du patient en pharmacie)
- concept de soins clairement structuré

Le modèle « **Medicine Review** » est avant tout d'usage dans les pays anglophones, lors de visites à la maison, dans les cabinets médicaux ou en pharmacie. Sur demande du médecin, le pharmacien vérifie toute la médication du patient (y compris celle non soumise à ordonnance), identifie d'éventuels problèmes liés aux médicaments et formule des propositions dont il discute ensuite avec le médecin et le patient. Si l'effet positif du modèle sur les aboutissants du traitement et la qualité des soins n'a pas pu être prouvé par différentes études britanniques, les résultats en provenance d'autres pays sont majoritairement positifs : amélioration de la satisfaction et de la qualité de vie des patients, diminution du risque d'hospitalisations liées aux médicaments et des problèmes liés à ceux-ci, optimisation de la qualité des prescriptions.

Facteurs de succès :

- dossier électronique du patient : accès des pharmaciens aux données pertinentes
- échange (personnel) régulier avec les médecins
- rôles, contenus, processus et conditions-cadres de la collaboration clairement définis
- modules de formation postgrade interprofessionnelle

A l'étranger, **les cabinets médicaux, les réseaux et les centres de soins** disposent de différents modèles interdisciplinaires dans le cadre desquels les pharmaciens offrent des prestations de consulting pour améliorer la qualité des prescriptions et la sécurité des traitements médicamenteux, tout en proposant, pour certains, des tâches orientées sur le patient (passage en revue de la médication ou suivi, p. ex.). Cela étant, ces prestations sont souvent fournies en dehors des officines et ne sont pas liées à la remise de médicaments. Les données empiriques tirées de la littérature spécialisée sont majoritairement positives pour ces modèles : de nombreux problèmes liés aux médicaments peuvent ainsi être identifiés et résolus ; la qualité des soins et la surveillance sont améliorées, les patients atteints de maladies chroniques bénéficient d'un suivi plus étroit.

Facteurs de succès :

- mandat de conseil clairement défini pour les pharmaciens

- directives et instruments pour l'échange d'informations ; accès au dossier du patient
- formation postgrade des pharmaciens
- surveillance assistée par ordinateur, formation et conseil de tout le personnel de cabinet

Selon de nombreuses études, l'intégration des pharmaciens dans des **équipes de soins stationnaires** entraîne une réduction des erreurs de prescription et de médication (et, par conséquent, des effets indésirables). La prévention des erreurs et l'amélioration de la qualité ont également un effet positif sur l'évolution des coûts. En outre, la charge des médecins diminue, car les infirmiers peuvent s'adresser aux pharmaciens pour clarifier ou corriger une prescription. **Facteurs de succès :**

- participation des pharmaciens à la visite ; discussion des problèmes et propositions directement sur place ; taux élevé de mise en œuvre des recommandations pharmaceutiques
- accès au dossier du patient
- prévention et intervention des infirmiers non seulement dans la prescription mais aussi dans la remise de médicaments

Indépendamment des facteurs de succès liés aux modèles précités, certains **obstacles** peuvent également compromettre la mise en œuvre. Par exemple, le manque de temps et une forte charge de travail peuvent faire que l'échange interdisciplinaire ne se déroule pas de la manière souhaitée. En outre, la méfiance réciproque en raison d'intérêts économiques présumés ou de l'absence de reconnaissance professionnelle peut fortement entraver la collaboration. Enfin, les patients doivent s'habituer à de nouvelles formes d'encadrement et d'usage, comme des rendez-vous de consultation dans les pharmacies.

Modèles de rémunération

Par principe, les modèles de rémunération (en Suisse comme à l'étranger) sont orientés de manière à dissocier l'indemnisation des pharmaciens de tous les paramètres qui pourraient influencer la contribution de ces derniers à l'amélioration de la qualité des soins et de la prescription.

En Suisse, la **convention tarifaire RBP IV** régit le financement des cercles de qualité ambulatoires et les prestations visant à optimiser l'adhésion à la thérapie. La rémunération forfaitaire dans le cadre des cercles de qualité a fait ses preuves dans la pratique, car la qualité des soins est ainsi assurée (rétribution indépendante de la quantité de médicaments remis ou des économies faites) et les coûts demeurent calculables. Toutefois, les médecins ne sont

pas dédommagés pour leur participation à un cercle de qualité ambulatoire. Des incitations financières appropriées, mais aussi l'élargissement du champ d'activité des cercles de qualité, sont cités comme possibilités pour susciter l'intérêt des médecins en vue de favoriser une mise en œuvre étendue de ce modèle.

Concernant les **cercles de qualité stationnaires**, l'approvisionnement des pharmacies de homes par les pharmaciens en charge des cercles en question peut mener à des conflits d'intérêt. Le modèle fribourgeois, où les EMS achètent eux-mêmes leurs médicaments, semble mieux fonctionner que son homologue vaudois, où les médicaments sont livrés par des pharmaciens.

Dans ce contexte, il est légitime de se poser des questions concernant l'obligation prévue par les mesures, consistant à ce que les pharmacies de cabinet s'approvisionnent exclusivement auprès des pharmacies publiques.

Dans le modèle **netCare**, les prestations des pharmaciens et les consultations vidéo ne sont prises en charge que partiellement par l'assurance-maladie ; selon le modèle, les patients paient eux-mêmes ces prestations. La rémunération est aujourd'hui clairement inférieure à l'usage professionnel, et les pharmaciens peinent à amortir les investissements en infrastructure. Le fait que les médecins du projet pilote qui ne sont quasiment pas encore impliqués dans le modèle de soins subissent une perte de revenu en raison de netCare demeure contesté. Une compensation financière pour faire diminuer la résistance des médecins face à ce modèle ne semble pas judicieuse, en particulier parce que leurs craintes seraient ainsi indirectement confirmées. Il serait bien plus important de procéder à un travail de persuasion, de prendre les doutes émis au sérieux et d'inclure les deux groupes professionnels dans le développement de ce projet pilote encore relativement nouveau.

Concernant les modèles dans le domaine de **l'observance thérapeutique**, on constate l'absence d'incitations pour que les assurances investissent sur les résultats positifs attendus à moyen, voire long terme. C'est pourquoi ces modèles ne peuvent aujourd'hui pas être proposés pour tous les groupes de patients.

A l'étranger, les prestations sont rémunérées en partie de manière forfaitaire (par service, par patient) et en partie en fonction des heures de travail. A noter toutefois que la rémunération forfaitaire semble prédominer. S'il s'agit là d'un avantage pour les payeurs, les investissements (en formation postgrade et en infrastructure) ainsi que la charge temporelle souvent bien plus élevée pourraient bien ne pas profiter aux

prestataires. Il conviendrait donc de trouver un équilibre entre rentabilité et incitations à améliorer la qualité des soins. De plus, outre le travail direct avec le patient, une rémunération de la collaboration interdisciplinaire (coordination, échange d'informations, discussions de cas) pourrait être décisive. Dans le cas contraire, le risque de quasi-absence d'échange interprofessionnel subsisterait malgré l'élaboration d'une structure de modèle interdisciplinaire effective. Différentes études démontrent aussi que l'amélioration de la qualité des soins ne peut être obtenue que moyennant certains investissements ; de nombreux modèles affichent toutefois un potentiel de rentabilité à long terme.

Evaluation des mesures proposées par l'OFSP

L'objectif principal consiste en des soins de base de qualité et accessibles à l'ensemble de la population. Des mesures sont proposées dans trois champs d'action, d'une part (1) pour garantir et améliorer la qualité des traitements et (2) faciliter l'accès aux soins de santé et, d'autre part, (3) pour renforcer les compétences des patients.

Les mesures du **champ d'action n° 1 (qualité des traitements)** se rapportent à la nouvelle réglementation de la collaboration dans le contexte de la propharmacie et sont plutôt orientées sur un **modèle interprofessionnel** (cercle de qualité) que sur des modèles centrés sur le patient. Comme les effets positifs des cercles de qualité ont fait leurs preuves en matière de qualité de la prescription et d'évolution des coûts, leur promotion est sans aucun doute judicieuse. Il ne peut toutefois être exclu que l'obligation de collaborer plus étroitement vienne miner ces bons résultats. A l'étranger, l'amélioration de la qualité des soins est visée en particulier au moyen des modèles centrés sur le patient (et dans le contexte stationnaire), à savoir grâce à l'identification ciblée, à la diminution et à la prévention des problèmes liés aux médicaments. De tels modèles peuvent être davantage favorisés dans le cadre de ce champ d'action.

Le **champ d'action n° 2** cible l'**utilisation accrue des pharmacies** pour l'accès aux soins de santé (bas seuil d'accès) et une plus grande intervention des pharmaciens dans l'accompagnement thérapeutique. Pour ce faire, il faudrait conférer aux pharmaciens les compétences de remise de certains médicaments soumis à ordonnance. Ce chevauchement des champs d'activité avec les médecins est en contradiction avec le champ d'action n° 1, qui vise une distribution claire des rôles et la complémentarité

rité dans le processus de traitement. Cette répartition des tâches clairement structurée est également citée dans la littérature spécialisée comme facteur de succès essentiel de la collaboration interdisciplinaire dans des modèles comme la gestion des maladies ou les passages en revue de la médication. De tels modèles pourraient également être encouragés en Suisse sur la base de la mesure 2.2 (utilisation renforcée de la compétence des pharmaciens dans l'accompagnement thérapeutique). Il faudrait alors prendre en compte les aspects suivants :

- une utilisation accrue des compétences pharmaceutiques ne va pas forcément de pair avec une utilisation accrue de l'infrastructure des pharmacies mais intervient parfois aussi indépendamment de la remise de médicaments.
- outre les compétences techniques acquises, une formation postgrade ou une spécialisation sont nécessaires la plupart du temps. Dans certains pays, une certification est requise pour proposer et facturer des prestations pharmaceutiques élargies

L'objectif du **champ d'action n° 3** consiste à renforcer les **compétences des patients** : ceux-ci peuvent choisir librement où ils souhaitent se tourner pour une prestation en particulier. Cet aspect joue un rôle presque uniquement dans le modèle netCare. En effet, les autres modèles ne se focalisent pas sur les soins des patients ayant des petits ennuis de santé mais sur les personnes atteintes de maladies chroniques ou sur la polymédication. Dans le cadre de ceux-ci, la compétence du patient se rapporte à la capacité de faire un usage correct des médicaments, de comprendre le plan thérapeutique et de l'appliquer de manière aussi autonome que possible. L'implication du patient dans l'organisation de ses soins joue un rôle important. Toutefois, ce n'est souvent pas la liberté de choix pour des prestations ponctuelles mais l'encadrement continu par une équipe de professionnels (médecins, pharmaciens et autres) collaborant bien ensemble, qui contribue à des résultats positifs du traitement et à la satisfaction du patient.

Se focaliser davantage sur le développement de modèles centrés sur le patient pourrait aider à dissocier la discussion autour du rôle futur des pharmacies de la controverse de la propharmacie (Comment identifier et éviter les problèmes liés aux médicaments ? Comment mieux soigner les personnes atteintes de maladies chroniques ?). En effet, bien que la propharmacie

représente un obstacle à la collaboration interdisciplinaire, cette dernière peut fonctionner si les intérêts du patient, et non l'image de marque, figurent au centre des préoccupations, si les acteurs sont convaincus des bénéfices de celle-ci et s'il y a des preuves de son effet positif.

Pour encourager la collaboration interdisciplinaire entre les médecins et les pharmaciens, il faut un cadre structurel, qui pourrait être créé à partir des mesures de l'OFSP. Néanmoins, l'exemple netCare a révélé qu'un modèle est difficile à mettre en œuvre sans l'aide des médecins. L'implication des deux groupes professionnels dans le développement ultérieur des mesures pourrait contribuer à l'acceptation du nouveau positionnement des pharmaciens dans les soins de santé et poser ainsi les jalons pour une collaboration interdisciplinaire fructueuse.