



ASSOCIATION DES PHARMACIENS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC
50 boulevard Crémazie ouest, bureau 505, Montréal, Québec H2P 2T2 (514) 381-7904

MEMOIRE PRESENTE A LA
COMMISSION D'ENQUETE SUR LA
SANTE ET LES SERVICES SOCIAUX
PAR
L'ASSOCIATION DES PHARMACIENS
DES ETABLISSEMENTS DE SANTE DU QUEBEC

Janvier 1986

*debut Trui '86
Semaine de Solution*

*APES #29
Commission
d'enquête SSS
1986*

INTRODUCTION

L'Association des Pharmaciens des Etablissements de Santé (A.P.E.S.), fondée en 1961, regroupe la totalité des 600 pharmaciens et pharmaciennes pratiquant en centre hospitalier au Québec, et un nombre croissant de ceux qui oeuvrent en centre d'accueil et dans d'autres types d'établissements. A ce titre, nous sommes heureux de pouvoir exprimer aujourd'hui notre perception de l'évolution du domaine de la santé et des services sociaux.

Dans ce premier document, intentionnellement concis, nous tenterons de cerner, dans la problématique générale, les aspects plus spécifiques dont l'exercice de nos responsabilités professionnelles nous permet d'être conscients. Cette expertise s'alliera au souci d'objectivité non-corporatiste qui caractérise depuis toujours notre association.

LES ACQUIS

Préalablement à l'identification des problèmes, nous voudrions souligner qu'il y a beaucoup d'aspects positifs dans le fonctionnement actuel du système des soins de santé. D'autres sans doute l'ont dit ou le diront mieux que nous: il faudra éviter dans le processus qui s'amorce actuellement la tentation de tout détruire pour proposer ensuite une reconstruction générale. Notre société québécoise est friande de ce genre d'exercice, nous l'avons vu à plusieurs reprises et particulièrement dans le domaine de l'éducation.

Reconnaissons donc que d'énormes progrès ont été accomplis au cours des 25 dernières années. Nous considérons particulièrement importants les acquis suivants:

- la possibilité pour une partie significative de notre population (patients hospitalités, personnes âgées de plus de 65 ans ou affectées de certaines pathologies spécifiques, citoyens admissibles à l'aide sociale) d'avoir accès à des services pharmaceutiques gratuits
- la disponibilité de pharmaciens hospitaliers en nombre sinon suffisant, du moins nettement plus élevé qu'en 1960, et ce dans la plupart des régions et des institutions

- le développement d'institutions variées répondant à divers types de besoins physiques et sociaux (C.A., C.L.S.C., etc)
- l'encadrement du fonctionnement des institutions et de la pratique des professionnels par une législation adéquate.

Conscients que le mandat de la Commission est d'étudier les problèmes et non les succès de notre système de santé, nous limiterons ici cette énumération. Nous croyons cependant qu'il est important, au départ, de prendre conscience des acquis, et de se fixer comme objectif de les protéger au moment où des suggestions seront apportées pour la solution des problèmes que nous allons maintenant soulever.

Ces problèmes sont de deux ordres: tout d'abord ceux que nous qualifierons de généraux, et qui sans doute s'appliquent à toutes les sociétés modernes: en second lieu les problèmes spécifiques que notre pratique et nos réflexions permettent de déceler dans la sphère d'activité qui nous est propre.

PROBLEMES GENERAUX

1- Augmentation de la demande

Il est devenu évident au cours des dernières années que la croissance de la demande de soins se poursuivra de façon infinie. Ceci est dû au progrès rapide de la science, à une meilleure diffusion de cette évolution auprès du public, et enfin au vieillissement de la population. Comme il n'est pas possible d'agir sur ces trois facteurs, on peut prévoir qu'à la limite chaque québécois réclamera un jour une greffe cardiaque, ou celle d'un autre organe majeur, si cela peut prolonger sa vie. Cet exemple est bien sûr extrême, mais l'expérience quotidienne nous démontre néanmoins la véracité de l'énoncé. Devrons-nous comme le malade imaginaire de Molière, nous faire tous médecin pour assurer notre santé?

2- Limite à la capacité de payer de l'état

La conjoncture économique récente a mis fin à cette étape de notre vie collective où l'Etat a joué le rôle de providence. L'Etat n'est plus en mesure de financer la hausse illimitée dont

nous parlions plus haut, ni même l'utilisation croissante de services déjà implantés et considérés comme normaux.

De cette limite aux capacités financières de l'Etat découlent plusieurs autres difficultés: insuffisance de ressources humaines et matérielles, désuétude de l'équipement, situation de crise dans certains secteurs, tels les urgences de nos hôpitaux. Autant de problèmes qu'il faudra apprendre à résoudre autrement qu'en réclamant systématiquement des crédits supplémentaires!

3- Centralisation excessive

Une tâche énorme a été accomplie au cours des vingt-cinq dernières années: il a fallu mettre au point et développer un système de soins de santé complet et complexe, et assurer le contrôle de sa gestion. Joint aux pressions syndicales, ceci a amené une centralisation qui enlève aux gestionnaires locaux une grande partie de leur efficacité et de leur motivation.

PROBLEMES SPECIFIQUES

Nous aborderons maintenant l'étude de la problématique reliée aux services pharmaceutiques. De ce vaste sujet nous retiendrons trois aspects: le médicament et l'individu, le médicament et l'établissement de santé, et finalement le médicament et le pharmacien.

1- Le médicament et l'individu

1-1 Surconsommation de médicaments

Ainsi que l'ont démontré les auteurs du livre "Médicaments et potions magiques"⁽¹⁾ publié par le Conseil des Affaires sociales et de la Famille, une grande partie de notre population, entre autres les personnes âgées, consomme une quantité excessive de médicaments.

Ce fait peut être attribué notamment à une publicité excessive qui s'adresse parfois directement au consommateur, mais demeure tout aussi efficace quand elle ne vise que les professionnels de la santé. Pourtant les raisons fondamentales sont ailleurs: on doit en accuser le stress provoqué par un rythme de vie accéléré, l'éclatement

de la structure familiale et sociale qui prive l'individu d'appuis dont il aurait bénéficié autrefois, et enfin une tendance à rechercher une solution-miracle à des problèmes qui réclameraient tout simplement un comportement plus sain.

Cette situation n'est pas sans impact négatif, tant pour l'individu que pour la collectivité. Il a été démontré à maintes reprises qu'un nombre significatif d'hospitalisations est attribuable à l'abus ou à l'usage irrationnel des médicaments.

Ultérieurement, il y aura lieu de proposer des mesures pour modifier ce comportement. Pour l'instant, limitons-nous à rappeler que la pharmacothérapie constitue malgré tout une des formes de traitement les plus facilement accessibles, tout en étant relativement peu coûteuse, peu invasive et somme toute peu dangereuse lorsque l'emploi en est justifié. On peut noter à ce propos que le coût total des médicaments consommés par les québécois annuellement est inférieur aux dépenses reliées à la consommation de produits du tabac ou de boissons alcoolisées.

1-2 Sous-consommation de médicaments

Paradoxalement, ce qui est vrai pour certaines catégories de citoyens est faux pour d'autres. Si les services pharmaceutiques sont gratuits pour une partie de la population, ils ne le sont pas pour d'autres qui parfois en ont besoin autant sinon davantage. En vertu de quelle logique les victimes de la tuberculose peuvent-elles obtenir des services pharmaceutiques sans frais dans les établissements de santé, alors que les hypertendus en sont privés?

C'est ainsi que de nombreuses personnes limitent volontairement la durée du traitement qui leur est prescrit et qui, suivi correctement, préviendrait des complications ultérieures ou même des hospitalisations. Cela a été démontré à maintes reprises, notamment chez les enfants de famille à faibles revenus. Chez d'autres, la non-compliance au traitement, si elle ne procède pas des mêmes causes, produit néanmoins des effets identiques.

2- Le médicament et l'établissement de santé

2-1 Augmentation du coût des médicaments

Globalement, le coût des médicaments et des services pharmaceutiques dans les établissements de santé ne représente pas une part importante du budget; à peine 3,5% à 4% en centre hospitalier, moins encore en centre d'accueil ou en C.L.S.C.

Cependant ce pourcentage tend à augmenter, suite aux progrès de la pharmacothérapie qui mettent à la disposition des thérapeutes des substances de plus en plus coûteuses, notamment dans les domaines de l'oncologie et de l'antibiothérapie. Ces substances contribuent à diminuer de façon significative la mortalité et la morbidité reliées à certaines pathologies. Qu'on pense, par exemple, à l'efficacité et à la sécurité des nouvelles céphalosporines de troisième génération pour le traitement de la méningite, par rapport au traitement traditionnel au chloramphénicol. Par ailleurs, le simple fait que ces produits soient accessibles sans frais au patient admis dans nos institutions hospitalières en augmente l'utilisation.

2-2 Usage irrationnel des médicaments

A cause de leur puissance et de leur coût, les médicaments modernes exigent un emploi judicieux. Malheureusement, nous ne l'avons pas encore pleinement réalisé. La publication "Infectious Diseases Newsletter" rapportait récemment (2) que l'emploi des antibiotiques parentéraux en milieu hospitalier était inadéquat dans 31% à 87% des cas! Bien qu'il s'agisse de données américaines, on peut croire que la situation est semblable chez nous. Tragique si on considère les sommes dépensées inutilement et surtout l'impact négatif sur l'individu et l'ensemble de la population.

2-3 Lacunes dans la distribution des médicaments

Plusieurs milliers de doses de médicaments sont administrées quotidiennement dans nos centres hospitaliers. Les risques d'erreur

sont considérables, si on considère la complexité de la pharmacothérapie, la mobilité du personnel d'une journée à l'autre et d'un quart de travail à l'autre, les changements fréquents d'ordonnances, etc. Plusieurs études estiment que les niveaux d'erreurs peuvent atteindre 20%, soit une erreur pour chaque 5 doses administrées. Quand on connaît la puissance des médicaments utilisés aujourd'hui, on ne se surprend pas que des conséquences fatales en résultent parfois.

Pourtant il existe des méthodes susceptibles de diminuer notablement les erreurs dans la distribution des médicaments. Ces méthodes, en particulier la distribution à doses unitaires et la préparation centralisée des perfusions intraveineuses, sont largement employées aux Etats-Unis, mais encore trop rarement au Québec. Le comité chargé d'étudier les incidents fâcheux survenus au Toronto Sick Children Hospital les a pourtant préconisées pour cette institution qui les a d'ailleurs adoptées (3).

2-4 Insuffisance de services pharmaceutiques

Certaines institutions, notamment les C.L.S.C., un bon nombre de centres d'accueil, et aussi plusieurs institutions hospitalières ne disposent pas de services pharmaceutiques correspondant à leurs besoins. Dans bien des cas seule la fonction distribution des médicaments est assurée, alors que le contrôle est faible, le monitoring de la thérapie inexistant, la détection des effets indésirables négligée. On ne se surprendra pas, dans ces conditions, que les médicaments soient mal utilisés, coûtent cher, et soient la cause de trop nombreux accidents.

- nouvelles
responsabilités d'après
loi + règlements

- diminution postes
résidence

3- Le médicament et le pharmacien

Il est inévitable que le pharmacien, dont la formation universitaire fait le véritable spécialiste du médicament, soit questionné sur la problématique que nous venons de décrire. La loi d'ailleurs confie au pharmacien une vaste gamme de responsabilités qui toutes visent à permettre une utilisation

rationnelle du médicament. Existe-t-il des obstacles qui limitent le pharmacien hospitalier dans l'exercice de ces responsabilités? Malgré les progrès accomplis depuis quelques années, force est de répondre oui à cette question.

3-1 Lacunes au niveau de la formation

Actuellement les deux universités québécoises qui donnent l'enseignement en pharmacie forment un nombre insuffisant de pharmaciens hospitaliers, et ceux qui graduent chaque année (une trentaine) reçoivent une formation d'une durée trop limitée compte tenu des besoins croissants du milieu.

On doit se rappeler ici que les programmes de résidence en pharmacie hospitalière, établis aux débuts des années soixante, n'ont pas beaucoup varié depuis. Leur durée n'est toujours que d'une année (qui s'ajoute aux quatre années de la formation de base en pharmacie), ce qui est nettement inadéquat quand on considère le développement de la pharmacothérapie au cours de cette période et l'accroissement des responsabilités que le pharmacien hospitalier s'est vu parallèlement imposer.

3-2 Insuffisance des effectifs

Par ailleurs, malgré un redressement certain au cours des dernières années, le nombre des pharmaciens pratiquant en établissement de santé demeure nettement insuffisant. Cela est d'autant plus problématique que cette situation limite les pharmaciens dans la recherche d'une utilisation optimale de la médication.

3-3 Absence de personnel de soutien qualifié

En outre, le pharmacien hospitalier ne peut généralement pas compter sur la présence d'un personnel de soutien technique formé en fonction des tâches à accomplir. Il n'existe en effet au Québec ni technicien en pharmacie, comme dans maints états américains ou même en Ontario, ni préparateurs comme en France. Le pharmacien doit

en supporter la triple conséquence: la formation en cours d'emploi du personnel chargé de le seconder accapare une partie trop considérable de son temps, il doit exercer une surveillance plus importante des opérations de routine, et finalement dans certains cas accomplir lui-même certaines tâches à caractère technique. Cette situation qui perdure depuis trop longtemps n'est certainement ni efficace, ni économique.

3-4 Implication limitée dans la prévention

On l'a dit plus haut, le pharmacien est virtuellement absent de certains milieux, notamment les C.L.S.C. et les Départements de Santé Communautaire. Dans ces conditions, malgré une bonne volonté évidente, il n'a pas été possible au pharmacien d'établissement d'intervenir de façon efficace dans la prévention des dangers inhérents à l'utilisation inadéquate des médicaments. Chose curieuse, il existe une tendance à confier les problèmes relatifs à l'abus des médicaments à des professionnels de toute nature...excepté aux pharmaciens. On ne se surprendra pas dans ces conditions de n'avancer que lentement dans la solution de ces problèmes.

CONCLUSION

Ce rapide tour d'horizon de la problématique reliée aux services pharmaceutiques en établissement de santé n'a pas la prétention d'être absolument complet. Pourtant il est certainement un reflet fidèle de la situation, telle que nous la vivons quotidiennement au moment où notre système de soins de santé et de services sociaux se remet en question.

Pourrons-nous résoudre ces problèmes dans un contexte global d'augmentation de la demande et de contraintes financières? Nous croyons que oui. Le domaine des services pharmaceutiques en établissement de santé est l'un de ceux où la créativité, jointe à l'usage rationnel des ressources, permet le meilleur rendement des sommes investies.

Pour illustrer notre propos, mentionnons en terminant certaines des approches que nous préconisons et que nous précisons dans un document ultérieur:

- 1) développer les services pharmaceutiques aux bénéficiaires externes
- 2) financer certaines activités par des tiers-payants
- 3) améliorer la formation du pharmacien hospitalier
- 4) mettre sur pied des programmes de formation de personnel de soutien qualifié
- 5) généraliser les méthodes modernes de distribution de médicaments dans tous les établissements
- 6) améliorer les programmes de contrôle de l'utilisation des médicaments
- 7) favoriser la participation du pharmacien d'établissement aux activités de prévention notamment dans les C.L.S.C. et les D.S.C.
- 8) développer les programmes de thérapie externe (centres de jour, alimentation parentérale totale à domicile, etc).

*Circulaire 1981-154
R. aux malades
Sur pied*

Nous croyons que donner au pharmacien d'établissement la possibilité d'exercer efficacement sa compétence contribuera non seulement à l'efficacité et à l'innocuité de la pharmacothérapie, mais encore permettra d'en limiter efficacement les coûts.

*Questions sociales sur le droit à la santé!
- coût de \$800M.
- hébergement
- femmes vulnérables
- Jeunes*

Références

- 1- Conseil des Affaires sociales et de la Famille:
Médicaments ou potions magiques? Québec, 1982,
95p.
- 2- Flynn, Neil M.: A Plea for cost containment of
antimicrobics, Infectious Diseases Newsletter,
Volume 3, numéro 12, décembre 1984.
- 3- Dubin C., Gilchrist J., McDonald H., Nadler H.:
Report of the Hospital for Sick Children Review
Committee, Toronto, janvier 1983.

