

Ministère des Affaires sociales,
de la Santé publique et de l'Environnement

Bruxelles, le 23 avril 1998

Administration des Soins de Santé

Direction de la Politique des Soins de Santé

**CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS
HOSPITALIERS**

Section "Programmation et Agrément"

N/réf. : CNEH/D/136-2

**AVIS CONCERNANT
L'UTILISATION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES DANS
LES HOPITAUX (*)**

(*) Cet avis a été ratifié lors de la réunion extraordinaire du Bureau du 23 avril 1998

SECTION PROGRAMMATION ET AGREMENT
AVIS CONCERNANT L'UTILISATION DE PRODUITS
PHARMACEUTIQUES
DANS LES HOPITAUX

RAPPORT DE SYNTHESE

MISSION

Ce groupe de travail a été créé par le Conseil National des Etablissements Hospitaliers, suite au rapport de la Structure de concertation.

Il avait mission de :

- 1 Evaluer le comportement du prescripteur (en ce compris la sensibilisation), les activités (en ce compris les moyens et les compétences) du Comité Médico-Pharmaceutique Hospitalier.
2. proposer, dans un stade ultérieur, l'instauration d'un forfait notamment en cas d'échec des propositions se rapportant au point 1 sus-mentionné.

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Président	Docteur E. COCHE
Membres	Docteur DEVOS Docteur MAHLER Docteur VAUTHIER Docteur VLEUGELS Madame BLAUDE Monsieur HASARD
Administration	Monsieur E. PELFRENNE Madame I. BAURAND Monsieur T. VERDONCK
Experts	Monsieur DUTAT Monsieur ROBAYS Monsieur VAN BEEK Monsieur WILMOTTE
Invitée	Madame M.C. CLOSON

Le Groupe de Travail s'est réuni aux dates suivantes :

- a. en groupe de travail : 19.12.97 - 05.02.98
5.03.98 - 18.03.98
- b. avec les experts : 08.01.98 - 22.01.98
11.02.98 - 02.04.98

METHODOLOGIE

Le Groupe de Travail a clairement pris l'option de sensibiliser les prescripteurs en renforçant les pouvoirs et les actions des Comités Médico-Pharmaceutiques Hospitaliers.

Afin de mener cette mission à bien, les membres du groupe se sont adjoint le concours d'experts pharmaciens, ont pris connaissance de plusieurs documents déjà établis, ont entendu Madame M.C. CLOSON, les pharmaciens H. ROBAYS et L. WILMOTTE.

Les buts ultimes de l'attitude choisie sont de :

- utiliser mieux les produits pharmaceutiques dans les hôpitaux dans le souci de mieux soigner les malades;
- éviter des dépenses inutiles alourdissant le budget médicaments du secteur hospitalier;
- rationaliser le comportement des prescripteurs médecins en référence aux « bonnes pratiques cliniques ».

MIEUX FAIRE EN DEPENSANT MOINS

Cette option a plusieurs mérites fondamentaux outre l'amélioration de la qualité, c'est d'être un système durable s'inscrivant dans la continuité et la collaboration indispensable et renforcée entre les pharmaciens hospitaliers et prescripteurs.

CHAPITRE I. Comité Médico-Pharmaceutique

1. Rappel légal

L'arrêté royal du 4 mars 1991 dans son chapitre V crée le Comité Médico-Pharmaceutique. Il définit sa composition et lui assigne ses missions.

Missions

1. L'établissement et la mise à jour d'un Formulaire Thérapeutique. Il s'agit d'une liste obligatoire de médicaments, sélectionnés de

manière raisonnée et économiquement justifiée, disponibles en permanence afin de répondre aux besoins diagnostiques et thérapeutiques.

2. La standardisation des procédures relatives à l'utilisation des médicaments.

3. L'analyse du rapport annuel et la diffusion de ce rapport parmi le personnel médical et infirmier.

Ce rapport annuel doit être global et par service sur la consommation et le coût des thérapeutiques médicamenteuses, ainsi que sur la relation entre la consommation des médicaments et les pathologies traitées à l'hôpital.

Le texte légal donne donc pratiquement tous les items nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis. Il est cependant impérieux de les préciser, de définir les moyens nécessaires et les pouvoirs du Comité Médico-Pharmaceutique.

2. Fonctionnement

Ce Comité doit tenir des réunions régulières de l'ordre de 6 fois par an.

Toutes les institutions hospitalières doivent disposer d'un Formulaire Thérapeutique rédigé suivant les prescriptions légales.

Ce Comité doit suivre de façon très rapprochée la consommation des médicaments dans son hôpital par classes médicamenteuses, par service et si possible par prescripteur.

Les résultats de cette analyse doivent être communiqués régulièrement, par exemple trimestriellement, aux responsables concernés.

Il doit proposer des actions destinées à une meilleure utilisation des médicaments et à corriger des erreurs de prescriptions entraînant des dépenses non justifiées. Il peut, à cet effet, mettre en place des groupes de travail afin de proposer des attitudes de consensus et des guidelines au sein de l'institution.

Enfin, il doit établir le rapport annuel comportant les éléments suivants :

1. Consommation des médicaments par classes pour l'hôpital, par service et éventuellement par prescripteur.

2. Analyse des écarts par rapport aux consommations comparatives et justificatifs.

3. Mesures prises pour une meilleure prescription des médicaments s'écartant des comparaisons spécialement pour des pathologies comparables.

4. Tableaux comparatifs d'année en année et effets des mesures prises au cours du temps grâce aux groupes de consensus et aux guidelines.

Cependant pour que le Comité Médico-Pharmaceutique puisse fonctionner correctement, il lui faut des moyens qui ne sont pas prévus actuellement.

3. Moyens

a. Techniques

- Il est indispensable de disposer de moyens informatiques permettant de suivre pratiquement en temps réel la consommation des produits pharmaceutiques au sein de l'hôpital (classes de médicaments), des services, des unités et pour chaque prescripteur.

- Par ailleurs, il faut absolument que chaque hôpital fournisse ses chiffres de consommation à une banque de données afin de pouvoir se comparer avec les autres institutions en fonction des pathologies traitées.

Il est à remarquer que le reflet des pathologies analysées par le DRG a fait l'objet de nombreuses remarques au cours des réunions du Groupe de Travail.

On peut souhaiter que cet outil soit mieux validé et qu'il puisse ainsi être la référence statistique des lourdeurs respectives des pathologies.

b. Personnels

Dans l'état actuel, la grande majorité des hôpitaux sont incapables de donner des moyens en personnel au Comité Médico-Pharmaceutique pour qu'il remplisse ses missions et encore moins qu'il prenne toute l'importance souhaitée par ce Groupe de Travail.

Ce personnel doit donner au Pharmacien-Chef la possibilité d'exercer avec compétence les tâches qui lui sont confiées.

Ces moyens doivent évidemment être définis par des clés de répartition en fonction de l'hôpital et des exigences médico-pharmaceutiques, financières et informatiques imposées.

Missions confiées au Pharmacien-Chef par le Comité Médico-Pharmaceutique (et, dans certaines circonstances, au médecin en chef):

- Mettre en place les logiciels indispensables à la surveillance de la consommation des médicaments.

- Assurer les analyses de comparaisons contenues dans des banques de données locales ou nationales.
- Mettre en rapport étroit le Comité Médico-Pharmaceutique et le Comité d'Hygiène en matière de prescription d'agents anti-infectieux.
- Etablir les contacts avec les prescripteurs afin de commenter les analyses établies.
- Animer des groupes interhospitaliers qui mettraient en commun des expériences fructueuses à une échelle plus vaste garantissant une meilleure connaissance des problèmes et des solutions à apporter.
- Préparer le rapport annuel du Comité Médico-Pharmaceutique suivant le schéma prévu au Chapitre I.2.

4. Organisme de référence

Le Groupe de Travail recommande que le CNEH propose au Ministre de créer en son sein un Groupe de Travail permanent. Celui-ci pourrait jouer le rôle d'une Commission de « peer review ».

Missions de cette instance :

1. Proposer les moyens à fournir aux hôpitaux en matière technologique ou en personnel (clé de répartition, spécialisation, ...)
2. Prendre connaissance des attitudes de consensus ou des guidelines appliquées dans les hôpitaux et en assurer la diffusion éventuelle.
3. Proposer des incitants positifs ou négatifs pour les hôpitaux ayant prouvé ou non la qualité de leurs soins par rapport à une prescription rationnelle et économe.
4. Analyser les modes actuels de financement et corriger les incohérences du B5 de la J.E. qui paraît toujours être très favorable aux gros consommateurs et au contraire pénalisant ceux qui font des efforts de rationalisation de la consommation des médicaments.
5. Proposer éventuellement des modifications du contenu du rapport annuel.
6. Conserver les rapports annuels des Comités Médico-Pharmaceutiques qui lui seront transmis par les soins du Ministre qui prendra toutes les dispositions nécessaires à cet effet.

Il convient de disposer d'une banque de données nationale afin de pouvoir contrôler la consommation de médicaments.

Conclusions

Ces deux chapitres résument la philosophie de travail de ce Groupe. Les membres estiment que c'est la meilleure façon de sensibiliser les prescripteurs, garantir la qualité des soins prodigués et réaliser des économies judicieuses et durables par le changement des mentalités. Ils pensent qu'un investissement judicieux devrait contrôler la prescription et aboutir ainsi à des économies importantes et durables.

Les modalités de financement des dépenses pharmaceutiques devraient être adaptées le plus vite possible.

Ils attirent aussi l'attention des autorités sur l'importance d'une rationalisation de la prescription médicamenteuse, non seulement au sein des institutions hospitalières mais aussi dans la pratique extra-hospitalière.

CHAPITRE II. Forfait ou enveloppe des dépenses pharmaceutiques pour chaque hôpital

La forfaitarisation des dépenses pharmaceutiques hospitalières ne pourrait être envisagée qu'en cas d'échec de la mise en application de ces recommandations.

Cette mesure ne serait d'ailleurs qu'un moyen destiné à contenir les dépenses concernant ce secteur.

Compte tenu des modalités de prescription actuelles, plusieurs problèmes essentiels se poseraient :

1. Quels que soient les moyens définis pour mieux contenir les dépenses, le rôle du Comité Médico-Pharmaceutique doit être précisé et renforcé.

2. De toutes façons, des recommandations d'attitudes de consensus, de suivi de guidelines sont devenues incontournables. Certaines recommandations devraient d'ailleurs avoir une portée nationale.

3. Quelle serait la base choisie pour le forfait ?

Si une base historique est retenue, cela signifierait que les grands consommateurs actuels seraient favorisés et à l'inverse les économes seraient pénalisés ?

4. La qualité des soins ne serait-elle pas fortement entachée de considérations purement budgétaires en dehors d'un changement des mentalités ?

Une absence de réflexion pourrait conduire à des pénuries dans des domaines importants.

5. La forfaitarisation introduit, par définition, la notion d'une enveloppe fermée peu évolutive en face d'une médecine qui ne cesse de progresser et d'offrir des moyens diagnostiques et thérapeutiques nouveaux.

Les membres de ce Groupe de Travail ont voulu travailler dans un esprit entrepreneurial actuel :

1. définir des objectifs,
2. donner des moyens,
3. évaluer des résultats,
4. récompenser ou sanctionner,
5. responsabiliser les acteurs.

Ce texte a été soumis à tous les membres du groupe de travail qui l'ont adopté à l'unanimité. Parmi les experts, un seul membre n'a pas adhéré aux termes de cette proposition.

Après avoir été examiné lors de la réunion plénière de la section "Agrément et programmation", l'avis adapté du groupe de travail a été approuvé à l'unanimité.

Documents consultés

1. Lettre à Madame M. DE GALAN et Monsieur M. COLLA du 17.09.97 - Professeur L. TIELEMANS
2. Arrêté Royal du 4 mars 1991 fixant les normes auxquelles une officine hospitalière doit satisfaire pour être agréée
3. Evaluation de la prescription des médicaments
Forfaitarisation des dépenses pharmaceutiques hospitalières
- janvier 1998
J.P. DELPORTE (ULg), M.C. CLOSON (UCL), A.E. HERBEUVAL (UCL),
H. ROBAYS (RUG), K. KINT (RUG), A. SOMERS (RUG)
L. WILMOTTE (UCL), L. ALEXANDRE (UCL)
4. Rapport du groupe « Pharmacie » de la multipartite
« Forfaitarisation des dépenses pharmaceutiques hospitalières »
M.C. CLOSON (UCL), J.P. DELPORTE (Ulg), H. ROBAYS (RUG)
5. Rapport - Structure de concertation 19.02.1996
07.07.1997
6. De rol van het MFC bij de kwalitatieve en kwantitatieve beheersing van het geneesmiddelenverbruik
H. ROBAYS (RUG)
7. Formularium en werking van het Medisch Farmaceutisch Comite : Schotbalken in de geneesmiddelenstoon.
H. ROBAYS (UZ Gent)
8. The effect of a drug use - Feedback on drug consumption
H. ROBAYS (UZ Gent)
9. Convention pour la rédaction de guides pour le suivi de l'utilisation des médicaments à l'hôpital
Résumé des travaux de 1997 - Programme 1998
M. BOGAERT (UZ Gent)