



Cercles de qualité médecins-pharmaciens, pour une responsabilité partagée de la liberté de prescription

Rev Med Suisse 2012; 8: 1042-8

O. Bugnon
S. Jotterand
A. Niquille
Charrière
M. Ruggli
L. Herzig

Physicians-pharmacists quality circles: shared responsibility of the freedom of prescription

Physicians-pharmacists quality circles (PPOCs) were introduced in 1997-98 by visionary health-care practitioners of the French-speaking part of Switzerland with the aim to improve the quality of drug prescription. Indeed the challenge is to manage the 7917 brand names of the Swiss drug market (2010), including 19793 different dosages, galenic formulations and packaging. The impact of these PPOCs on the containment of drug costs and on drug prescribing profiles has been demonstrated and has led to their spread throughout Switzerland. PPOCs provide clear educational benefits and have thus been accredited by various continuous education bodies. In this article, participating physicians and pharmacists share their vision and illustrate how they work and influence the safety and efficiency of drug prescription, a routine process complex enough to warrant sharing of its burden in a constructive interdisciplinary collaboration.

Des cercles de qualité médecins-pharmaciens (CQMP) ont été introduits en 1997-98 par des praticiens fribourgeois visionnaires, dans le but d'améliorer la qualité de la prescription médicamenteuse. C'est qu'il s'agit de maîtriser le marché suisse des médicaments avec, en 2010, pas moins de 7917 noms de marques autorisées, proposées en 19793 différents dosages, formes galéniques et tailles d'emballages. L'impact de ces cercles sur les coûts des médicaments et les profils de prescription médicale a été démontré et leur diffusion en Suisse s'est faite progressivement. Les CQMP ont un intérêt pédagogique évident, reconnu par une accréditation des organes de formation continue. Médecins et pharmaciens participants illustrent ici leur vision, leur fonctionnement et leur influence sur la sécurité et l'économicité de la prescription médicale, un acte quotidien suffisamment complexe pour mériter le partage de sa responsabilité dans une collaboration interdisciplinaire constructive.

PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE, UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE

L'ordonnance médicamenteuse est l'aboutissement d'une démarche médicale complexe qui engage la responsabilité du médecin qui la rédige, du pharmacien qui la délivre et du patient qui y adhère.¹ Elle n'a donc rien d'un « bon » donnant droit au retrait en pharmacie de « pilules » remboursées par l'assurance. En établissant son ordonnance, le médecin doit avoir à l'esprit un ensemble de critères pour maîtriser les risques d'erreurs de prescription, de dosages, de contre-indications, d'interactions ou d'inefficacité. Il lui faut éviter si possible les ruptures de la continuité des soins et les entorses aux principes d'éthique biomédicale, tenir compte des compétences en littératie de santé, d'éventuels conflits d'intérêt et encore des principes de l'économicité ! La responsabilité de la prescription médicale est par conséquent bien lourde pour un seul acteur de la santé et mérite d'être partagée dans un mode de collaboration constructive. Des cercles de qualité médecins-pharmaciens (CQMP) ont ainsi été créés en médecine de famille et en établissements médico-sociaux (EMS) dans le but d'améliorer et de sécuriser la prescription médicamenteuse.^{2,3}

Un CQMP réunit, sur une base volontaire, cinq à quinze médecins de famille et un à trois pharmaciens, animateurs du cercle. Au moyen de quatre à six séances annuelles, cette formation continue interdisciplinaire accréditée soutient les participants dans l'amélioration de leur pratique. Pour bien fonctionner, les CQMP travaillent de préférence dans un réseau local ou régional. Ils comparent les données statistiques de prescriptions médicamenteuses, donnent des informations pharmacologiques pertinentes, répondent aux questions des praticiens et établissent un consensus de bonne pratique. L'originalité de cette démarche interdisciplinaire et ses résultats encourageants ont été salués par la revue *Prescrire* en 2008 et honorés par le premier prix de recherche attribué au groupe de Pharmacie communautaire de la PMU de Lausanne (Section des sciences pharmaceutiques, Université de Genève et Université de Lausanne) par l'Institut de médecine générale de Bâle (avec le soutien de Sandoz) dans le cadre du congrès SwissFamilyDocs 2011.^{4,5}



Le présent article vise à présenter ces CQMP du point de vue des médecins et des pharmaciens : processus de travail, interfaces interprofessionnelles, témoignages, influences extérieures sur la prescription du médecin de famille ainsi que quelques perspectives de collaborations futures.

LE MÉDICAMENT AU MEILLEUR PRIX OU AU MEILLEUR COÛT?

Le prix des médicaments est souvent considéré comme un des responsables majeurs du coût élevé de la santé. Cette critique confond pourtant les notions de prix et de coût; elle nie également la complexité d'une prise en charge individuelle. Sans une compréhension de tous les éléments constitutifs du coût direct de la prescription médicamenteuse, il n'est pas possible d'évaluer l'adéquation d'une thérapie (tant médicale qu'économique), ni d'envisager des pistes d'optimisation. C'est là un des points forts des CQMP: donner les moyens d'évaluer, de comparer et d'améliorer la prescription tout en respectant les besoins d'une pratique donnée.

INTERPRÉTATION DU COÛT DIRECT DES MÉDICAMENTS

Afin de maîtriser les coûts directs des médicaments, l'équation suivante est à prendre en considération:

$$\text{coût direct médicaments} = \text{fréquence de prescription} \times [\text{prix} \times \text{volume}]$$

A titre d'illustration (tableau 1), nous discutons la prescription (2009) d'antidépresseurs (classe IT 01.06 de la Liste des spécialités de l'OFSP (Office fédéral de la santé publique)) de deux médecins de famille d'un même CQMP.

Le coût des patients traités par un antidépresseur est 25% plus cher pour le médecin A (CHF 361.15) par rapport au médecin B (CHF 287.-). Mais si l'on tient compte des fréquences de prescription (FP est le pourcentage de patientèle à qui un antidépresseur a été prescrit au moins une fois dans l'année), le médecin B devient plus cher en

termes de coût-médicaments total, puisqu'il prescrit un traitement antidépresseur, certes moins cher à l'unité, à un patient sur quatre environ (FP = 27,4%) contre un patient sur dix (FP = 10,3%) pour le médecin A. Mais lequel des deux est le plus performant en réalité? Des paramètres inhérents au médecin et à sa pratique peuvent expliquer ces différences. Si les données extraites des facturations des pharmaciens ne suffisent pas pour évaluer l'adéquation clinique de la prescription, le CQMP offre cependant un espace de discussion, réfléchissant aux hypothèses suivantes:

1. Des paramètres de pratiques cliniques peuvent influencer à la hausse la FP du médecin B:

- une patientèle plus vulnérable sur le plan psychique;
- un praticien plus spécialisé ou actif dans les soins gériatriques ou psychiatriques;
- une compétence conduisant à des diagnostics plus pertinents ou à une sélection de cas plus difficiles;
- une tendance à surprescrire, par manque de précision diagnostique ou thérapeutique;
- une hypersensibilité vis-à-vis du marketing industriel ou une incapacité à résister aux exigences des patients;
- une préférence donnée aux médicaments par rapport aux mesures non médicamenteuses.

2. Une fois la décision de prescrire un antidépresseur prise, certains critères de choix du médicament peuvent expliquer un prix plus élevé pour le médecin A:

- par exemple, le médecin A prescrit plus de médicaments originaux encore sous brevet (par exemple: Ciprallex, escitalopram 10 mg 1 x/jour, CHF 1.46 ou Cymbalta, duloxétine 60 mg 1 x/jour, CHF 2.32). Leur prix journalier est plus élevé et leur rapport bénéfice-risque au mieux identique à celui des génériques (par exemple: citalopram 20 mg 1 x/jour, CHF 0.85, ou fluoxétine 20 mg 1 x/jour, CHF 0.70).

3. Le volume de prescription reflète l'intensité et la durée de la thérapie, qui sont peut-être plus élevées chez le médecin A pour les raisons suivantes:

- le médecin traite des patients plus sévèrement atteints dans leur santé, avec pour conséquence des doses, des fréquences d'administration et des durées de traitements plus élevées;

Tableau 1. Illustration des données (2009) de prescription d'antidépresseurs de deux médecins d'un CQMP

Antidépresseurs de la Liste des spécialités de l'OFSP (Office fédéral de la santé publique) (Classe IT 01.06); CQMP: cercles de qualité médecins-pharmaciens.

	Médecin A	Médecin B
Coût annuel par patient traité par «antidépresseurs» (CHF)	361.15	287.-
Fréquence de prescription (FP)	10,3%	27,4%
Proportion d'emballages génériques prescrits	52,7%	53,2%
Poids économique des principaux antidépresseurs prescrits (% du coût total de la classe par médecin) (Remarque: le terme DCI signifie que c'est l'ensemble des génériques de la substance désignée qui est pris en compte)	Ciprallex (21,5%) Éfexor (19,8%) Remeron (14,5%) Paroxétine DCI (13,8%) Citalopram DCI (10,8%) Fluoxétine DCI (6,5%) Cymbalta (2,8%) Sertraline DCI (2,4%) Seropram (2,0%) Trimipramine DCI (1,6%)	Éfexor (19,0%) Citalopram DCI (18,7%) Fluoxétine DCI (14,6%) Paroxétine DCI (12,1%) Remeron (8,2%) Ciprallex (7,1%) Seropram (4,4%) Miansérine DCI (4,3%) Surmontil (3,5%) Trittico (2,1%) Sertraline DCI (1,5%) Deanxit (1,4%) Saroten (1,0%)



- ses patients adhèrent mieux aux traitements et renouvellent plus régulièrement leurs prescriptions;
- ou à l'inverse, le médecin augmente les doses ou associe divers traitements car il sous-estime la non-adhésion de ses patients;
- le médecin utilise des doses trop élevées par rapport aux recommandations de bonnes pratiques.

En résumé, le coût direct des médicaments dépend de la FP, du choix et du volume de la prescription. La réflexion interdisciplinaire du CQMP influence directement les critères de choix de prescriptions. La FP et le volume varient aussi en fonction du profil des patients traités et ne sont que partiellement touchés par la réflexion interdisciplinaire du CQMP, du moins dans sa forme actuelle (voir le chapitre Perspectives). Pour le cas pratique illustré, la discussion du cercle a ainsi porté sur:

- les critères justifiant l'instauration d'un traitement antidépresseur;
- les possibilités de substitution en génériques;
- une limitation des antidépresseurs dont les profils bénéfice-risque et coût sont moins favorables (par exemple: Cipralax, Cymbalta, Remeron);
- les modalités pratiques du traitement (par exemple: doses, durée de traitement, switch, risque de sevrage, gestion des interactions et effets indésirables).

LE TRAVAIL DES CERCLES, DU POINT DE VUE DES INTERVENANTS

Le travail en CQMP suit plusieurs étapes, résumées dans le [tableau 2](#). La séance est préparée par les pharmaciens ayant accès aux données statistiques des médecins participants (avec leurs autorisations préalables). Ces données sont analysées puis comparées aux recommandations de pratique clinique avant d'établir un consensus commun médecins-pharmaciens.⁶

TÉMOIGNAGE...

(Dr Sébastien Jotterand, CQMP de Rolle-Aubonne)

Au début de mon installation, il y a une dizaine d'années, les délégués médicaux avaient la part belle: rendez-vous d'une demi-heure, petit café, financement du vernissage du cabinet, de certains instruments médicaux, de mon stylo avec mon tampon et mon nom gravé en lettres dorées, sans oublier l'appareil de photo pour immortaliser tout ça!: «Docteur, vous viendrez à Athletissima? J'ai une invitation VIP; le Docteur X nous parlera du traitement de l'hypertension». Et me voilà embarqué par un beau jeudi après-midi pour m'entendre dire en apéritif du meeting sportif que le sartan de mon délégué était le plus intéressant car il agissait plus longtemps, était plus puissant, avait une courbe *through to peak* remarquable, etc.

Lorsque, cinq ans plus tard, un autre docteur, en pharmacologie cette fois, nous dit dans un colloque qu'inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou sartans, c'est tout pareil, je me mets à douter. Mais il a fallu que j'attende de fréquenter régulièrement

le CQMP de ma région avec mon pharmacien d'officine pour que je me décide (je dirais presque, que j'aie le courage) de changer d'habitude et prescrire un bon vieux IECA! J'avais beau reprendre les arguments de mon cher délégué, il s'avérait qu'ils étaient tirés d'études non représentatives, au *design* discutable, sans issue clinique clairement identifiée, et terriblement orientées. Elles ne faisaient pas le poids face aux analyses sans concession provenant de revues indépendantes et conduisant à des recommandations de pratique clinique intègres que me présentaient mes collègues pharmaciens.

Lors de l'établissement de notre consensus avec mes collègues, il ne me fut même pas difficile de renoncer aux sartans en premier choix... même si parfois je me surprends à avoir encore une petite nostalgie pour ce «champion des sartans» qui surclassait ses concurrents dans mon esprit telle Marion Jones!

À PROPOS DES INFLUENCES EXTÉRIEURES

Si le médecin de famille traite environ 80% de ses patients seul, il coordonne également les avis de différents spécialistes et/ou continue des traitements introduits lors d'une hospitalisation. En fonction de sa formation, de ses intérêts ou de ses habitudes, il va utiliser certains médicaments plutôt que d'autres. Cette réalité est aussi liée à la diversité du marché des médicaments, puisqu'en 2010, nous trouvons en Suisse pas moins de 7917 noms de marques de médicaments autorisés, proposés en 19793 différents dosages, formes galéniques et tailles d'emballages.⁷ Les médicaments à charge de l'assurance de base concernent aussi 2586 noms de marques pour 8557 types d'emballages. Le médecin doit donc forcément limiter le nombre de molécules, en maîtrisant celles qui correspondent aux situations le plus fréquemment rencontrées dans sa pratique. Mais sa prescription peut être influencée par de nombreux autres facteurs:

- sa formation pré et postgraduée (et les habitudes des supérieurs d'alors);
- l'anamnèse d'un traitement antérieur ou concomitant, d'éventuelles réactions et intolérances du patient, ses réticences ou convictions;
- des avis de spécialistes;
- des sorties d'hôpital: une adaptation du traitement peut être nécessaire à l'hôpital en cas de maladie aiguë... et de la liste des médicaments hospitaliers! De retour au domicile, le traitement hospitalier peut se prolonger, retrouver le schéma antérieur ou se modifier selon l'évolution du trouble de santé;
- la difficulté fréquente en médecine de famille d'établir des diagnostics précis, en particulier pour les affections à faible prévalence, les symptômes cliniques aspécifiques et les mesures cliniques ou biologiques ne permettant pas toujours d'objectiver la symptomatologie;
- la publicité directe et indirecte à laquelle sont exposés les médecins: par les représentants médicaux (cf. témoignage) et par les articles scientifiques sponsorisés par l'industrie. Ceci crée une distorsion de la réalité (par exemple: surestimation des effets positifs) et certains biais de publica-



Tableau 2. Processus de travail des cercles de qualité médecins-pharmaciens

OFAC: coopérative professionnelle des pharmaciens suisses; CQMP: cercles de qualité médecins-pharmaciens; LS: liste des spécialités; RPC: recommandations de pratique clinique.

Processus de travail...	... du point de vue du pharmacien d'officine	... du point de vue du médecin de famille
Analyse des données de prescriptions Via les données de facturation des officines élaborées par l'OFAC ¹ et pharmaSuisse, ² les pharmaciens ont accès aux données de prescription des médecins des CQMP. Ces statistiques illustrent le profil général de prescriptions pour les dix-huit classes thérapeutiques (selon la LS) les plus courantes. Les coûts, la fréquence de prescription, le pourcentage de génériques et le détail des spécialités prescrites sont décrits pour chacune de ces classes et comparés aux données d'un groupe témoin. ³	Le pharmacien traite les données et tire le maximum d'informations utiles au groupe, tâche fastidieuse mais centrale pour que la démarche soit efficace. En analysant les profils de prescription individuels des médecins participants, le pharmacien peut centrer les discussions sur les priorités du terrain.	Ayant donné leur autorisation, chaque médecin reçoit une information sur la fréquence et le détail de sa prescription et ceci en comparaison avec ses pairs. Des différences entre médecins apparaissent, en fonction de la diversité de leurs pratiques et de leurs centres d'intérêt. Cet éclairage aide chaque médecin à réfléchir sur la spécificité de sa pratique justifiant (ou non) ses habitudes de prescription.
Diffusion des recommandations de bonnes pratiques pharmaSuisse met à disposition un condensé de littérature scientifique publiée, en mettant l'accent sur les preuves scientifiques, ainsi que les RPC nationales et internationales.	Chaque pharmacien animateur utilise librement le matériel de formation en fonction de l'intérêt des médecins de son CQMP et du thème abordé. Le pharmacien commente les publications de la littérature scientifique indépendante et les avis de pharmacovigilance; il évalue de manière critique la publicité, ce qui constitue une formation continue unique.	Le médecin connaît la clinique et les situations individuelles de sa patientèle. Il maîtrise au mieux les démarches diagnostique et thérapeutique. Sa connaissance du terrain pose les limites des RPC publiées ainsi que les interrogations pharmacologiques du quotidien qu'il peut partager avec le pharmacien et ses pairs.
Choix de la meilleure option sur le marché suisse Cette étape s'attache à traduire les RPC et évidences scientifiques en propositions d'options thérapeutiques concrètes, en concordance avec le marché suisse et les principes de l'évaluation coût-avantages des médicaments.	Le pharmacien complète les données statistiques et théoriques de la littérature par des conseils pratiques sur une large gamme de médicaments suisses. Il présente les arguments comparatifs de sécurité, d'efficacité, d'économie et de facilité d'usage (par exemple: l'importance de la forme galénique, la gestion des interactions médicamenteuses ou d'autres éléments influençant l'adhésion thérapeutique).	Le médecin connaît la majorité des indications, contre-indications et interactions médicamenteuses, mais a besoin de compléter ce savoir – puisqu'il a fréquemment à faire à des patients avec polyopathologies. Il peut s'interroger sur les différences réelles entre les différentes molécules d'une famille.
Définition de consensus de prescription Sur la base des données présentées, la discussion est engagée entre tous les participants pour confirmer certains choix ou définir des pistes d'amélioration.	Le pharmacien anime l'échange entre les médecins et bénéficie en retour de leur expérience clinique.	Pour le médecin, il est important de pouvoir définir un consensus de prescription sur des bases scientifiques tout en sachant qu'il reste libre de l'adapter en fonction des spécificités bio-psycho-socioculturelles de ses patients et de conserver des choix personnels tout en respectant le consensus du groupe.
Application des consensus prédéfinis De retour au cabinet, toute la difficulté est d'appliquer le consensus établi en groupe, tout en tenant compte de la situation particulière de chaque patient.	Le pharmacien reste à disposition entre les séances en cas de questions ou de détection de problèmes médicamenteux pour un patient individuel. En participant à un cercle, le pharmacien consolide le réseau local, ce qui est enrichissant pour beaucoup d'autres sujets de santé publique et d'activités socio-économiques locales.	Même si un consensus est établi au sein du cercle, le médecin peut être lié dans sa pratique par des exigences parfois contradictoires entre les besoins d'un patient, ses habitudes ou préférences personnelles et les propositions d'autres intervenants (médecins spécialistes, hôpital). Pour un patient donné, le premier choix du groupe peut ainsi ne pas être applicable (effets indésirables idiopathiques ou d'interactions médicamenteuses).
Amélioration continue Périodiquement (au minimum tous les deux ans), les consensus de chaque classe thérapeutique sont revus à la lumière des nouvelles évidences scientifiques et confrontés aux changements de pratique réalisés ou non par le groupe.	Le pharmacien utilise les données des études d'impact pour présenter aux médecins les succès obtenus et les améliorations à poursuivre. Le pharmacien maintient continuellement à jour ses connaissances. Ceci lui permet de maintenir l'intérêt des séances de cercles, tout en améliorant ses compétences dans sa pratique quotidienne.	Au vu des changements tarifaires fréquents et de l'évolution du savoir médical, une réévaluation régulière est nécessaire. Evaluer chaque année ce qui a été possible d'appliquer des consensus constitue une motivation et un rappel salutaire qui dynamise la démarche interdisciplinaire.

¹ www.ofac.ch

² www.pharmasuisse.org

³ Environ 700 médecins de famille qui ne participent pas aux CQMP et qui présentent les mêmes caractéristiques que les médecins participants (minimum 300 patients différents par an, avec une moyenne d'âge entre 30 et 60 ans, installés dans les cantons romands (FR, GE, JU, NE, VD, VS) où existent des CQMP).

tion (par exemple: des résultats négatifs souvent non publiés). Les congrès sont aussi un lieu où il est parfois difficile d'éviter le mélange entre promotion commerciale et communications scientifiques;

• internet: de plus en plus souvent des patients font eux-

mêmes des propositions thérapeutiques, «informés» qu'ils sont par la toile ou par l'entourage;

- les pressions politiques pour l'équilibre budgétaire du système de santé;
- les pressions des assurances.



PERSPECTIVES DE COLLABORATIONS NOUVELLES

Le résultat professionnel le plus remarquable des cercles est la collaboration constructive entre médecins et pharmaciens, deux acteurs qui ont en commun de devoir répondre aux objectifs de santé de la population et des autorités sanitaires. Les participants découvrent qu'ils ont bien plus à partager qu'un coup de fil à propos d'une ordonnance illisible. Avec plus de confiance mutuelle, il est envisageable de s'aventurer vers d'autres approches interdisciplinaires pouvant aussi faire intervenir le patient.

Après le soutien au médecin indépendant, la démarche des CQMP s'est adaptée aux besoins des EMS. L'assistance pharmaceutique en EMS s'est mise en place à l'échelle cantonale, depuis 2002 à Fribourg et depuis 2008 en Valais, selon des modèles de pratique professionnelle comparables mais des contextes politiques et asséurologiques différents (notamment un forfait médicaments à Fribourg).⁸ Ces expériences ont rencontré une large approbation de la part des acteurs de soins, des autorités sanitaires et des assureurs. Un cahier des charges, une rémunération spécifique et un système d'assurance qualité ont été convenus afin d'en assurer la pérennité. L'analyse scientifique du programme cantonal fribourgeois a montré qu'entre 2002 et 2010 le coût des médicaments a baissé de plus de 21%, la mortalité a également baissé significativement alors qu'aucun déplacement de charges n'a été réalisé en direction de l'hôpital.⁹ Un projet pilote dans les EMS vaudois a démarré en 2008 sous l'impulsion du Département de la santé et de l'action sociale. Même s'il est encore trop tôt pour en mesurer l'impact économique et clinique, les premiers échos confirment la satisfaction des participants aux CQMP.

L'avenir nous dira à quel rythme les réseaux de soins de premier recours se développeront vraiment. Dans ce contexte de pratique, les CQMP et les bilans de médication (*medication review*) y trouveront certainement une place.¹⁰ Toutefois, en Suisse, les expériences ambulatoires de tels bilans menés par des pharmaciens sont rares au contraire des pays anglo-saxons (notamment en Australie).¹¹ En 2007, une étude prospective exploratoire a été réalisée en Romandie, faisant intervenir au final 11 pharmaciens et 61 médecins de famille pour un total de 85 patients âgés de 56 à 75 ans et traités par au moins un médicament à visée cardiovasculaire.¹² Des problèmes médicamenteux (*drug-related problems* ou DRP), à conséquences cliniques ou économiques, ont été relevés chez 91% des patients inclus. Et 70% des recommandations des pharmaciens ont été considérées par les médecins traitants comme devant être prises en compte en priorité. De plus, un lien statistique a été établi entre la présence de DRP et le non-contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire, une qualité de vie plus faible et des coûts de santé plus élevés.

D'autres pistes sont également en développement; elles concernent le renouvellement facilité d'ordonnances, la substitution de médicaments originaux encore sous brevet, la prévention des erreurs médicamenteuses, les plans de gestion de risque de médicaments récemment mis sur le marché (REMS, *risk evaluation and mitigation strategies*), les bilans comparatifs des médicaments (*medication reconciliation*) appliqués au service des urgences mais aussi à la sortie de

l'hôpital,¹¹ et la prise en charge des problèmes d'adhésion thérapeutique.¹³

CONCLUSION

Les opportunités de collaboration entre médecins et pharmaciens dans l'intérêt des patients laissent une grande place à la créativité. La démarche interdisciplinaire des CQMP rompt avec les habitudes et les clichés. En combinant leurs expertises propres et en acceptant une vision introspective sur leurs pratiques, médecins et pharmaciens se donnent les moyens d'enrichir leur perception de la prise en charge du patient. La bonne surprise de cette ouverture d'esprit est que ce cadre de pratique facilite l'individualisation et la continuité des thérapies; c'est ainsi une liberté de prescription mieux assumée et un gage à d'autres développements pour plus d'efficacité des soins. Il est donc d'autant plus important de capitaliser la confiance et les compétences emmagasinées dans les premiers CQMP. ■

Implications pratiques

- Au-delà de son prix, le coût direct d'un médicament dépend de sa fréquence et de son volume de prescription
- Ces paramètres sont influencés par le type de patientèle et leurs pathologies, mais aussi par les connaissances, l'expérience et l'environnement de pratique du prescripteur
- Les pharmaciens des cercles de qualité médecins-pharmaciens (CQMP) mettent à disposition des médecins de famille des éléments objectifs comme les profils de prescription et des données de la littérature adaptées à leur pratique. Le pharmacien bénéficie de l'expérience clinique du médecin, ce qui enrichit sa pratique quotidienne
- Les profils de prescription sont comparés et discutés librement afin de l'optimiser
- La collaboration entre médecins et pharmaciens impliqués dans les CQMP a un impact positif dans la prise en charge usuelle de leurs patients communs

Adresses

Pr Olivier Bugnon
Pharmacie de la Policlinique médicale universitaire
Section des sciences pharmaceutiques
Pharmacie communautaire
Universités de Lausanne et de Genève
Dr Anne Niquille Charrière
Pharmacie de la Policlinique médicale universitaire
Drs Sébastien Jotterand et Lilli Herzig
Institut universitaire de médecine générale
PMU, 1011 Lausanne
olivier.bugnon@hospvd.ch
anne.niquille@hospvd.ch
sjot@bluewin.ch
lilli.herzig@hin.ch

Dr Martine Ruggli
pharmaSuisse
Société suisse des pharmaciens
3097 Bern-Liebefeld
martine.ruggli@pharmasuisse.org



Bibliographie

- 1 Locca JF, Niquille A, Krahenbuhl JM, Figueiredo H, Bugnon O. Physician-pharmacist collaboration: A way to improve the quality of drug prescribing. *Rev Med Suisse* 2009;5:2382-7.
- 2 ** Niquille A, Ruggli M, Buchmann M, Jordan D, Bugnon O. The nine-year sustained cost-containment impact of swiss pilot physicians-pharmacists quality circles. *Ann Pharmacother* 2010;44:650-7.
- 3 * Locca JF, Ruggli M, Buchmann M, Huguenin J, Bugnon O. Development of pharmaceutical care services in nursing homes: Practice and research in a Swiss canton. *Pharm World Sci* 2008;31:165-73.
- 4 La Rédaction. Cercles de qualité médecins-pharmaciens suisses: intérêt confirmé. *Rev Prescrire* 2008;28:542-4.
- 5 Niquille A, Ruggli M, Buchmann M, Jordan D, Bugnon O. Impact des cercles de qualité médecins-pharmaciens pour la prescription médicamenteuse entre 1999 et 2010. *Prim Care* 2012;12:27-8.
- 6 * Jotterand S, Niquille A, Cuendet C, et al. Impact d'une collaboration interdisciplinaire locale entre médecins et pharmaciens: l'exemple du cercle de qualité de Rolle-Aubonne. *PharmaJournal* 2012;2:22-3.
- 7 Interpharma. Le marché du médicament en Suisse. www.interpharma.ch ed. Bâle 2011.
- 8 Locca JF, Büla CJ, Zumbach S, Bugnon O. Pharmacological treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) in nursing homes: Development of practice recommendations in a Swiss canton. *J Am Med Dir Assoc* 2008;9:439-48.
- 9 Locca JF, Anguish I, Huguenin J, et al. Pharmaceutical care services in Swiss nursing homes: A seven-year analysis leading to an econometric approach. Poster présenté au 70^e congrès annuel de la Fédération internationale pharmaceutique (FIP), Lisbonne, 2010.
- 10 Programme TFoMPaTNCMMS. Room for review: A guide to medication review. The agenda for patients, practitioners and managers. 1st edition. London: Medicines Partnership, 2002.
- 11 ** Geurts MM, Talsma J, Brouwers JR, de Gier JJ. Medication review and reconciliation with cooperation between pharmacist and general practitioner and the benefit for the patient: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol* 2012; epub ahead of print.
- 12 * Niquille A, Bugnon O. Relationship between drug-related problems and health outcomes: A cross-sectional study among cardiovascular patients. *Pharm World Sci* 2010;32:512-9.
- 13 Schneider MP, Figueiredo H, Marquis J, Bugnon O. Adherence: A review of education, research, practice and policy in Switzerland. *Pharmacy Practice* 2009;7:63-73.

* à lire

** à lire absolument