



ASSOCIATION DES
PHARMACIENS
DU CANADA

CANADIAN
PHARMACISTS
ASSOCIATION

AMÉLIORER LA SANTÉ ET RÉDUIRE LES COÛTS :

Avantages d'une intervention des pharmaciens dans les soins contre l'hypertension au Canada



Le rapport suivant est basé sur une recherche examinée par des pairs qui a été publiée dans la *Revue des pharmaciens du Canada* sous le titre Rapport coût-efficacité d'une intervention des pharmaciens dans la prise en charge de l'hypertension au Canada et rédigée par Carlo Marra, Pharm. D., Ph. D (auteur principal); Karissa Johnston, M. Sc., Ph. D.; Valerie Santschi, Pharm. D., Ph. D.; et Ross T. Tsuyuki, B. Sc. (Pharm.), Pharm. D., M. Sc., FCSHP, FACC.

Carlo Marra, B. Sc. (Pharm.), Pharm. D., Ph. D.

M. Marra est le doyen de l'école de pharmacie de l'Université d'Otago à Dunedin, Nouvelle-Zélande, où il enseigne également. Chercheur en services de santé, il détient un doctorat en résultats de santé. Ses recherches portent tout particulièrement sur le rapport coût-efficacité des services offerts par les pharmaciens aux patients et aux résultats cliniques de ces services. Il a publié plus de 225 articles examinés par des pairs et présenté un nombre semblable de conférences.

Le rapport a été préparé par la firme Broadstreet Health Economics & Outcomes Research (HEOR).

Karissa Johnston, Ph. D.

M^{me} Johnston est directrice chez Broadstreet HEOR, professeure adjointe à l'Université Memorial et épidémiologiste; elle possède quinze années d'expérience en analyse de données sur la santé, et sept années d'expérience à titre d'experte-conseil en recherche en économie de la santé et des résultats. M^{me} Johnston détient une maîtrise en statistiques et un doctorat en épidémiologie de l'Université de la Colombie-Britannique. Dans le cadre de son rôle d'experte-conseil, elle a réalisé et supervisé plusieurs études utilisant une vaste gamme de démarches méthodologiques, notamment la conception d'études, l'analyse de base de données, l'examen rétrospectif des dossiers, l'expérience avec choix discrets, les études pharmacoéconomiques et la modélisation de l'incidence sur le budget, et un examen systématique de la documentation et une synthèse des données probantes. M^{me} Johnston a publié des articles examinés par des pairs, notamment sur l'oncologie, le VIH, les maladies rénales, les naissances prématurées, les maladies cardiovasculaires et les infections.

Broadstreet
301-343 Railway Street
Vancouver, C.-B. V6A 1A4
604-800-0648
kjohnston@broadstreetheor.com



BROADSTREET

HEALTH ECONOMICS & OUTCOMES RESEARCH

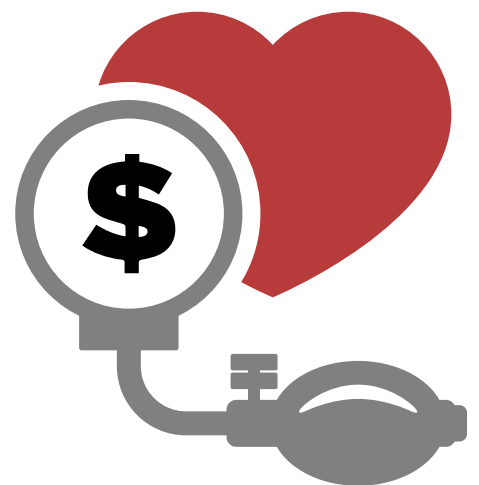
Introduction

Conséquences de l'hypertension dans le monde

À l'échelle mondiale, l'hypertension est le premier facteur de risque de maladie et de mortalité prématurée¹. Présente chez environ le quart de la population de la planète, selon les estimations (soit quelque 1,13 milliard de personnes)², l'hypertension cause environ 7,5 millions de décès chaque année³ et est associée à environ 10 % des coûts médicaux directs dans le monde⁴. La situation est d'autant plus grave que l'hypertension n'est pas suffisamment traitée ni maîtrisée, car la tension artérielle demeure trop élevée chez plus de 40 % des patients⁵. Ensemble, ces faits témoignent d'une lacune considérable dans les soins contre l'hypertension, une lacune qui exige une nouvelle façon de penser pour remédier à ce problème de santé publique important et répandu.

Avantages d'une intervention des pharmaciens

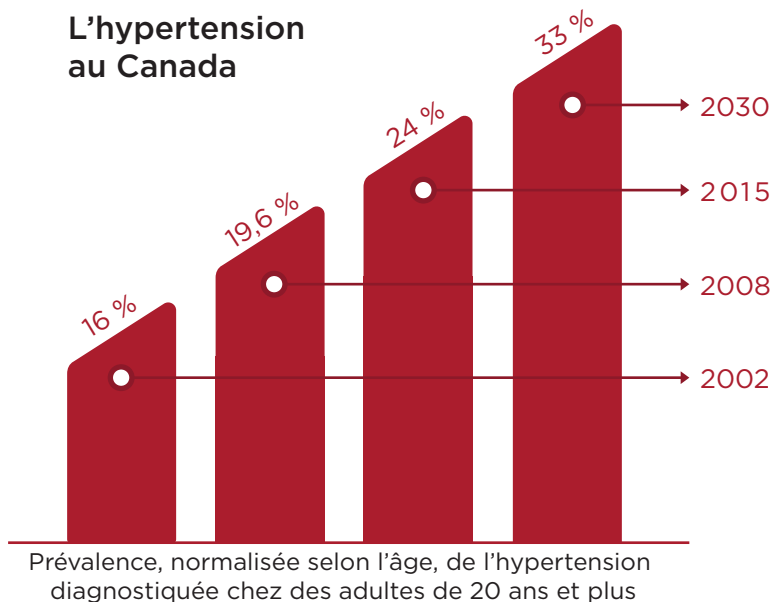
Dans son Plan d'action mondial 2013-2020 pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit, comme l'une de ses neuf cibles volontaires, une baisse de 25 % ou une limitation de la prévalence de l'hypertension. Une intervention des pharmaciens dans les soins contre l'hypertension pourrait grandement contribuer à l'atteinte de cette cible et avoir des effets bénéfiques appréciables à la fois pour la santé et pour le rapport coût-efficacité. Des données probantes tirées d'essais cliniques ont démontré sans équivoque qu'une intervention des pharmaciens, notamment l'éducation, la consultation ou la prescription, est utile et peut aider à abaisser la tension artérielle. En outre, l'hypertension étant un facteur de risque majeur de maladie cardiovasculaire, d'insuffisance rénale et de mortalité, on pourrait considérablement améliorer les résultats et empêcher l'apparition ou l'évolution de ces maladies en comblant des lacunes dans les soins liés à la maîtrise de l'hypertension.



Hypertension au Canada

Au Canada, l'hypertension touche quelque 5,3 millions de personnes⁶. En 2015, sa prévalence était évaluée à 24 % de la population adulte et un tiers des cas n'étaient pas maîtrisés adéquatement^{7,8}. De plus, une hausse de la prévalence est attendue. Une recherche américaine semble indiquer que d'ici 2030, la prévalence de l'hypertension grimpera de 7,2 % par rapport aux chiffres de 2013^{9,10}. Au Canada, la situation ne sera probablement, au mieux, qu'un peu moins grave⁸. Même si nous nous en tirons mieux que la majorité des pays quant à la prévalence et à la maîtrise de l'hypertension, une réduction de ces chiffres apporterait des avantages réels en permettant non seulement de sauver et d'améliorer des vies, mais aussi de diminuer les coûts des soins de santé.

L'hypertension au Canada



2002¹¹, 2008¹¹, 2015⁷, projections pour 2030 fondées sur une extrapolation linéaire des augmentations observées au fil du temps.

Coûts et fardeau de l'hypertension

L'hypertension impose à la société un fardeau énorme tant pour la santé que pour l'économie. Selon des données de l'Institute for Health Metrics and Evaluation, elle était devancée seulement par les risques d'origine alimentaire parmi les causes de mortalité dans le monde en 2010¹². On lui attribue 50 % du risque global de maladie cardiaque et d'accident vasculaire cérébral (AVC)¹³ et 28 % des cas d'insuffisance rénale¹⁴. L'hypertension est aussi un facteur qui contribue à la démence. À l'échelle mondiale, elle coûte à la société plus de 370 milliards de dollars (\$ US de 2001) par année, et les coûts indirects liés aux décès prématurés et aux absences du travail sont estimés à quelque 10 % des dépenses en santé dans le monde⁴. S'il était possible de réduire le moins possible ces chiffres, de nombreuses vies seraient sauvées et améliorées et des millions, voire des milliards, de dollars seraient économisés.

Possibilités d'intervention pour les pharmaciens

Comment les pharmaciens peuvent aider

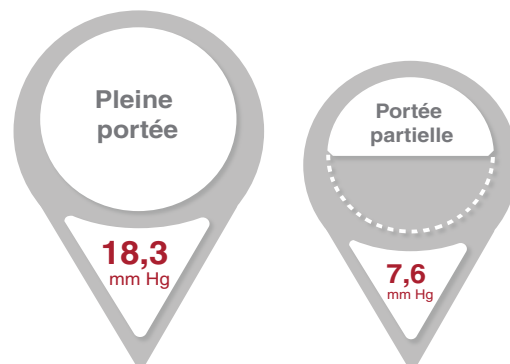
Pour la plupart des patients, il est beaucoup plus facile d'avoir accès et de parler à un pharmacien qu'à un médecin. En fait, le pharmacien est vu de 5 à 7 fois plus souvent que le médecin de famille, en moyenne¹⁵. Les pharmaciens sont des professionnels de la santé de première ligne qui sont très accessibles et qui sont dans une position idéale pour combler les lacunes dans les soins de prise en charge de l'hypertension. Plusieurs études ont déjà démontré à quel point leur intervention peut être efficace dans ce contexte. À ce jour, l'intervention des pharmaciens s'est faite surtout sous forme d'éducation et de conseils auprès des patients, de recommandations aux médecins concernant la prise en charge du traitement (notamment pour des problèmes liés aux médicaments, des recommandations sur un changement de pharmacothérapie et l'élaboration d'un plan de soins) et de gestion directe des médicaments avec le patient (dont la surveillance et l'ajustement des doses ou le changement de médicaments).

Nous avons étudié plusieurs scénarios pour ce que nous appelons intervention *de portée partielle* et intervention *de pleine portée* par le pharmacien. Dans le deuxième type d'intervention, les pharmaciens peuvent mobiliser toutes les compétences liées à leur champ d'exercice y compris la prescription. Nous avons constaté que tous les scénarios se traduisaient par des améliorations de la santé et des économies de coûts par rapport aux pratiques actuelles.

Une intervention de pleine portée comprend l'évaluation et la prestation de conseils en matière de risque cardiovasculaire et de maîtrise de la tension artérielle, une revue des antihypertenseurs, la prescription ou l'ajustement de la dose d'un médicament de même que des épreuves de laboratoire et des visites de suivi avec le patient. Il est démontré que ce type d'intervention permet d'obtenir une réduction moyenne de 18,3 mm Hg de la tension artérielle systolique¹⁶.

Une intervention de portée partielle réunit, de différentes manières, l'éducation, la prestation de conseils, des orientations, des diagnostics et des interventions auprès des patients. Point à noter dans ce cas, le pharmacien peut ne pas avoir le droit de prescrire. Ces types d'interventions se sont révélées efficaces pour abaisser la tension artérielle diastolique et systolique, cette dernière étant réduite en moyenne de 7,6 mm Hg¹⁷.

Intervention du pharmacien



Réduction de la tension artérielle systolique

But de l'analyse

Des données probantes confirment les bienfaits pour la santé d'une intervention des pharmaciens dans la prise en charge de l'hypertension, dont les résultats d'un essai clinique mené récemment au Canada¹⁶ et ceux d'une analyse combinée couvrant 39 essais réalisés dans le monde¹⁷. Il n'y avait toutefois pas eu, jusqu'à maintenant, de recherches sur la valeur économique de ce type d'intervention, plus particulièrement au Canada. L'analyse que nous avons commandée visait à extrapoler les bienfaits observés au cours des essais sur l'intervention des pharmaciens dans la maîtrise de la tension artérielle afin de faire des prévisions concernant les effets potentiels sur la santé et le rapport coût-efficacité des interventions des pharmaciens sur une plus longue période.

Nous avons utilisé un modèle de rapport coût-efficacité pour analyser les différences potentielles entre les résultats à long terme sur la maladie cardiovasculaire et l'insuffisance rénale des diverses réductions de la tension artérielle en fonction des différents degrés possibles d'intervention des pharmaciens. Le modèle tient compte de divers résultats sur la santé, des coûts et de la qualité de vie. Les coûts médicaux directs et les coûts associés à la mise en œuvre de la stratégie d'intervention des pharmaciens y sont pris en considération. En général, nous avons vérifié la capacité de l'intervention de réduire les taux de maladies cardiovasculaires et d'insuffisance rénale, les différences sur le plan de la survie et de la qualité de vie, les effets sur les coûts médicaux directs de même que le rapport coût-efficacité de l'intervention.

À propos du modèle

Le modèle, qui a été évalué par des pairs et publié dans le *revue des pharmaciens du Canada* (C. Marra, K. Johnston, V. Santschi, R. Tsuyuki. [Rapport coût-efficacité d'une intervention des pharmaciens dans la prise en charge de l'hypertension au Canada](#)), a été conçu aux fins de comparaison de deux scénarios généraux pour la population concernée^a. Le premier scénario porte sur les coûts et les bienfaits pour la santé du maintien des soins habituels, avec des possibilités limitées d'intervention par les pharmaciens dans le protocole de soins. Le deuxième scénario est axé sur les coûts et les bienfaits pour la santé d'une intervention des pharmaciens, et donne l'ordre de grandeur des effets en fonction des particularités de l'intervention analysée. Le cas de référence pour le modèle est celui des coûts et des bienfaits pour la santé si une population admissible était traitée pendant 30 ans^b, mais est adaptable et permet d'examiner d'autres horizons temporels et facteurs liés à la santé.

Dans le modèle, on présume que la tension artérielle reste constante avec les soins habituels, où l'intervention n'est pas intensifiée. Sans intervention accrue, aucune baisse de la tension artérielle ne peut être escomptée (en réalité, il s'agit d'une hypothèse prudente, car l'hypertension a tendance à s'aggraver au fil du temps). Les hypothèses relatives aux coûts pour l'intervention des pharmaciens ont été basées sur six visites la première année et des visites tous les trois mois par la suite^c. En ce qui a trait aux coûts des médicaments, l'hypothèse

- La population du modèle a été basée sur celle de l'essai clinique mené par Tsuyuki et ses collègues, afin qu'elle reflète la population type ayant accédé à des soins contre l'hypertension au Canada. L'âge moyen était de 63,5 ans, et la proportion d'hommes et de femmes était relativement égale. La tension artérielle systolique moyenne était de 149,5 mm Hg, et un traitement antihypertenseur était déjà prescrit à 78 % de la population.
- Selon l'hypothèse formulée, il y aura 75 000 nouveaux cas par année (418 000 x 35 % de patients admissibles x 50 % d'utilisateurs présumés de l'intervention; nombres légèrement arrondis)⁹.
- Les coûts ont été fixés à 125 \$ pour la première visite et à 25 \$ pour les visites subséquentes, ce qui correspond au barème d'honoraires actuel en Alberta.

prudente a été une hausse de 30 \$ par mois avec l'intervention. L'hypothèse est qualifiée de prudente parce qu'en moyenne, aucune différence n'a été notée au cours des essais cliniques pour ce qui est de l'utilisation des médicaments. Les pharmaciens ont plutôt aidé à optimiser les médicaments que les patients prenaient déjà. Dans la pratique, le groupe bénéficiant de l'intervention aurait probablement moins de visites chez les médecins pour la gestion des médicaments, ce qui compenserait les consultations additionnelles auprès des pharmaciens, mais cet élément n'a pas été intégré au modèle, encore une fois par souci de prudence.

Les coûts pour la maladie cardiovasculaire et l'insuffisance rénale proviennent d'une revue de la documentation publiée, évaluée par des pairs. Les coûts médicaux « de fond » ont été définis comme étant la moyenne canadienne¹⁸.

L'essai sur l'intervention des pharmaciens a duré six mois, et le modèle repose sur l'hypothèse que cette intervention continuerait d'être efficace à plus long terme. Le modèle peut être appliqué à des horizons temporels plus courts ou plus longs. Il comprend des estimations prudentes et optimistes de plusieurs coûts et bienfaits, dont les coûts médicaux de fond, l'intervention de pleine portée et de portée partielle des pharmaciens et une série de résultats potentiels sur la tension artérielle.

Pour de l'information plus détaillée sur les différents scénarios d'intervention des pharmaciens et leurs bienfaits potentiels, nous vous invitons à visiter notre [site Web](#). Le modèle décrit ici se veut un outil interactif qui permet aux utilisateurs d'explorer les variations de l'incidence sur l'économie et la santé pour différents horizons temporels et scénarios d'intervention.

Ce que l'analyse démontre

L'analyse révèle qu'une intervention des pharmaciens apporte des avantages réels et importants sous forme d'économies de coûts et de bienfaits pour la santé par rapport aux soins habituels. Dans toutes les analyses, les taux de maladie cardiovasculaire et d'insuffisance rénale ont été les plus bas avec l'intervention de pleine portée du pharmacien, et les plus élevés avec le système de soins habituels. Les résultats font aussi ressortir les coûts relativement faibles du programme, surtout par rapport aux coûts du traitement de la maladie cardiovasculaire ou de l'insuffisance rénale.

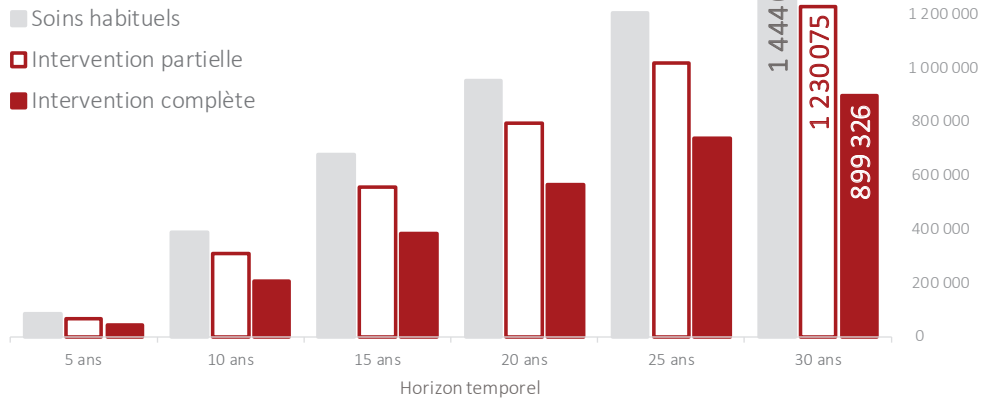
Bienfaits pour la santé

L'analyse démontre qu'une intervention des pharmaciens dans les soins contre l'hypertension aurait de nombreux bienfaits pour la santé. Les recherches démontrent qu'une intervention de pleine portée du pharmacien permettrait d'abaisser la tension artérielle systolique de 18,3 mm Hg¹⁶. Lorsque cette réduction est appliquée à notre analyse, dans le cas de référence qui couvre une période de 30 ans, on estime que pour chaque tranche de cinq personnes recevant l'intervention, une manifestation cardiovasculaire (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde [IM], angine et insuffisance cardiaque) serait évitée et quatre années de vies seraient sauvées. Quand la population admissible recevant l'intervention^d est considérée dans son ensemble pour la période de 30 ans, l'intervention de pleine portée produirait les résultats suivants par rapport aux soins habituels : 130 000 AVC de moins, 260 000 IM de moins, 76 000 cas d'angine de moins, 70 000 cas d'insuffisance cardiaque de moins et 1800 cas d'insuffisance rénale de moins. Elle ferait aussi gagner 953 000 années de vie, d'après l'analyse de l'incidence sur la santé pour toute la population.

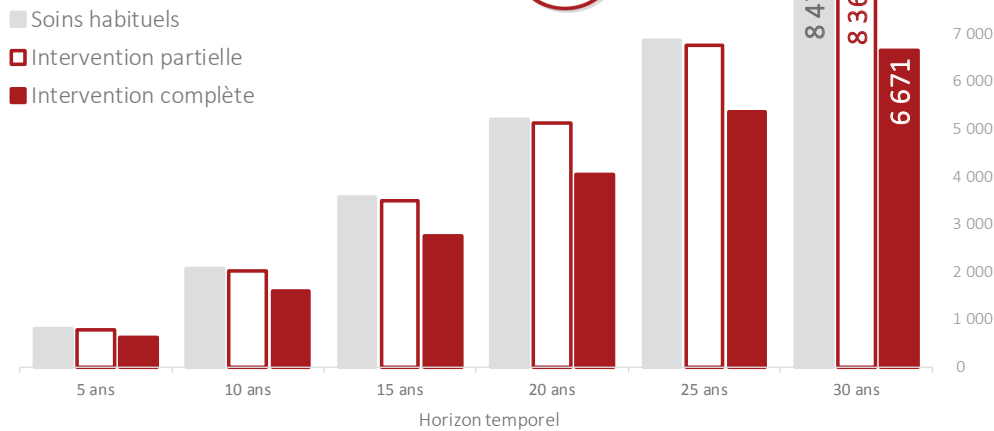
d. 930 000 patients recevant l'intervention à l'année 1 plus 75 000 nouveaux patients chaque année.

Manifestations cardiovasculaires

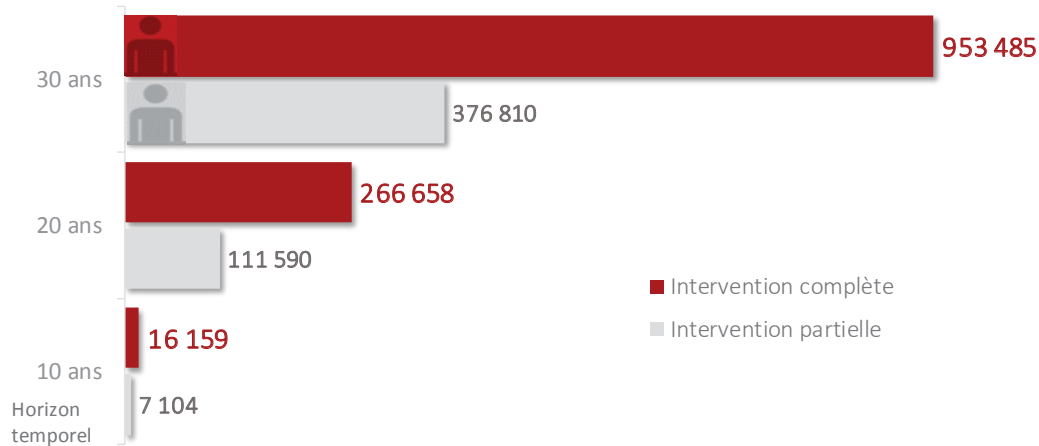
(accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde [IM], angine et insuffisance cardiaque)



Cas d'insuffisance rénale



Augmentation du nombre d'années de vie sauvées

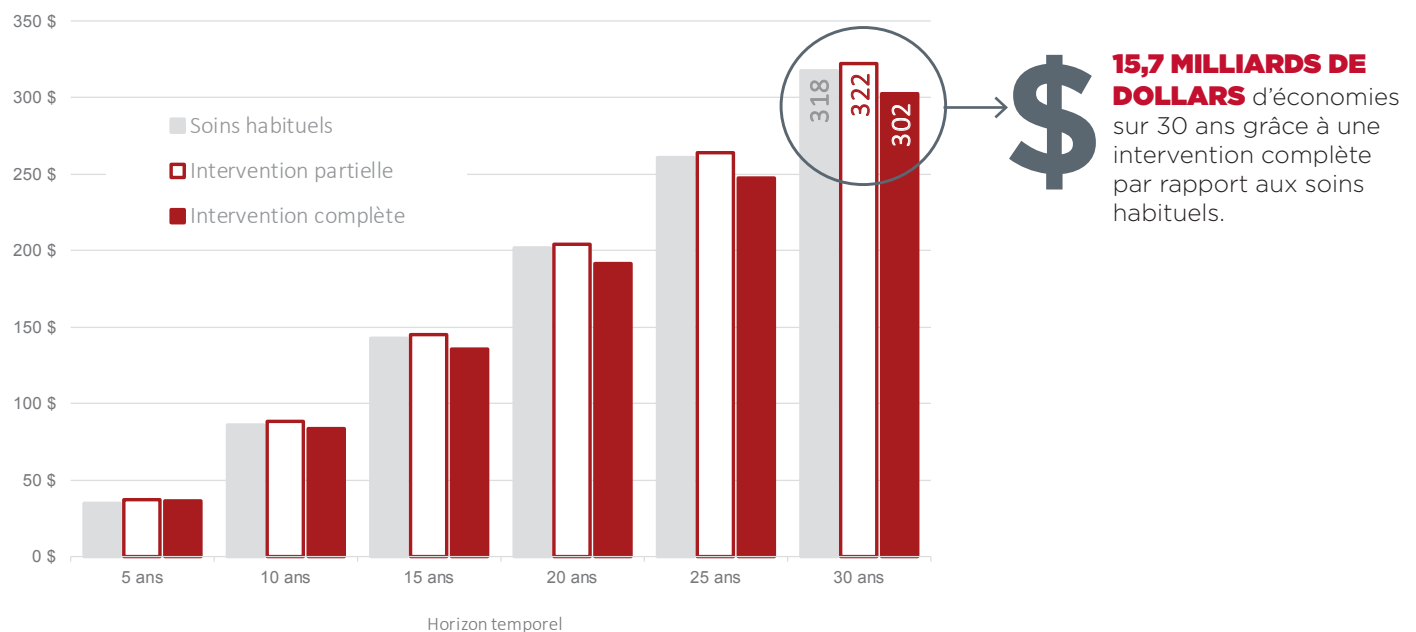


Incidence économique

Dans un contexte de ressources financières limitées pour les soins de santé et d'une population vieillissante laissant présager une hausse des dépenses pour la maladie cardiovasculaire et l'insuffisance rénale, les avantages économiques d'une intervention des pharmaciens dans la prise en charge de l'hypertension méritent aussi d'être considérés. L'analyse a révélé qu'il serait possible de réaliser des économies de coûts allant jusqu'à 6364 \$ sur 30 ans (en dollars d'aujourd'hui) dans le cas d'un patient atteint d'hypertension qui bénéficierait d'une intervention de pleine portée. La réduction des coûts des soins de santé liés à la maladie cardiovasculaire et à l'insuffisance rénale ferait plus que compenser le coût accru de l'intervention des pharmaciens (hausse de 7145 \$ des coûts pour les médicaments et de l'intervention contre une réduction de 15 093 \$ des coûts liés au traitement de la maladie cardiovasculaire et de l'insuffisance rénale).

Ainsi, si l'intervention était administrée aux patients admissibles^e au Canada (selon l'hypothèse prudente que seulement la moitié des patients admissibles y participerait)^f les économies de coûts prévues pour toute la vie de ces patients dépasseraient les 15,7 milliards de dollars. Par ailleurs, vu les tendances actuelles des taux de prévalence de l'hypertension et des coûts des soins de santé, ces économies de coûts sont susceptibles d'augmenter. Si l'horizon temporel est ramené de 30 ans à 5 ans ou moins, les avantages diminuent considérablement, un signe que les patients doivent continuer de recevoir les soins avec le temps et que les pharmaciens doivent continuer d'utiliser pleinement les compétences liées à leur champ d'exercice pour offrir des soins.

Coût cumulé des soins médicaux des personnes atteintes d'hypertension (MILLIARDS)



e. 930 000 patients recevant l'intervention à l'année 1 plus 75 000 nouveaux patients chaque année.

f. Population nationale ou provinciale atteinte d'hypertension x 35 % de personnes admissibles x 50 % d'utilisateurs présumés de l'intervention; nombres légèrement arrondis.

Conclusion

La prestation par les pharmaciens de soins complets contre l'hypertension, y compris l'éducation des patients et la prescription, pourrait entraîner des bienfaits pour la santé et des économies de coûts pour les Canadiens, et a donc des répercussions importantes sur la santé publique. Les résultats montrent que l'intervention des pharmaciens dans la prise en charge de l'hypertension pourrait aider à combler les lacunes dans les soins contre l'hypertension, non seulement avec un meilleur rapport coût-efficacité, mais également à *moindre coût*. Il est rare de trouver une façon de procéder qui améliore les soins en plus de réduire les coûts. À la lumière de ces deux points, il semblerait irresponsable de ne pas envisager sérieusement la mise en œuvre d'une politique d'intervention des pharmaciens dans les soins contre l'hypertension. En fait, l'infrastructure pour de tels services existe déjà. Ce qu'il faut faire maintenant, c'est élargir le champ d'exercice des pharmaciens et inciter les pharmaciens, de façon appropriée, à fournir ces soins. Avec un simple coup de crayon, les politiques en matière de santé pourraient (et devraient) être modifiées afin d'améliorer les résultats sur la santé pour les Canadiens.



Références

1. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, et al. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*. 2002;360(9343):1347-1360.
2. Collaboration NCDRF. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet*. 2017;389(10064):37-55.
3. World Health Organization. Raised blood pressure. 2017; www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/ [en anglais seulement]. Consulté le 10 février 2017.
4. Gaziano TA, Bitton A, Anand S, et al. The global cost of nonoptimal blood pressure. *J Hypertens*. 2009;27(7):1472-1477.
5. Bakris G, Sarafidis P, Agarwal R, et al. Review of blood pressure control rates and outcomes. *J Am Soc Hypertens*. 2014;8(2):127-141.
6. Statistique Canada. Hypertension, par sexe, et par province et territoire, 2014; www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health70a-fra.htm. Consulté le 10 février 2017.
7. Statistique Canada. Tension artérielle des adultes, 2012 à 2015. *Feuillets d'information de la santé* 2016; www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2016001/article/14657-fra.htm. Consulté le 10 février 2017.
8. Padwal RS, Bienek A, McAlister FA, et al. Epidemiology of Hypertension in Canada: An Update. *Can J Cardiol*. 2016;32(5):687-694.
9. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, et al. Heart disease and stroke statistics--2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2013;127(1):e6-e245.
10. Heidenreich PA, Trogdon JG, Khavjou OA, et al. Forecasting the future of cardiovascular disease in the United States: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2011;123(8):933-944.
11. Robitaille C, Dai S, Waters C, et al. Diagnosed hypertension in Canada: incidence, prevalence and associated mortality. *CMAJ*. 2012;184(1):E49-56.
12. IHME. Global Deaths, 2010; www.healthdata.org/. Consulté le 10 février 2017.
13. Lawes CM, Vander Hoorn S, Rodgers A, et al. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet*. 2008;371(9623):1513-1518.
14. Centers for Disease Control and Prevention. End-stage renal disease patients, by selected characteristics: United States, selected years 1980-2010. 2011; www.cdc.gov/nchs/data/hus/2011/051.pdf [en anglais seulement]. Consulté le 10 février 2017.
15. Campbell K. DCCT opens new opportunities for pharmacists. *California Pharmacist*. 1993:26-27.
16. Tsuyuki RT, Houle SK, Charrois TL, et al. Randomized trial of the effect of pharmacist prescribing on improving blood pressure in the community: the Alberta clinical trial in optimizing hypertension (RxACTION). *Circulation*. 2015;132(2):93-100.
17. Santschi V, Chiolero A, Colosimo AL, et al. Improving blood pressure control through pharmacist interventions: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Heart Assoc*. 2014;3(2):e000718.
18. Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2014*; www.cihi.ca/en/nhex_2014_report_fr.pdf. Consulté le 10 février 2017.

Association des pharmaciens du Canada

prom. 1785 Alta Vista, Ottawa, ON K1G 3Y6

☎ 1-800-917-9489 📠 613-523-0445 ✉ advocacy@pharmacists.ca



ASSOCIATION DES
PHARMACIENS
DU CANADA

CANADIAN
PHARMACISTS
ASSOCIATION

www.pharmacists.ca