



# le Traducteur

Pharmacie canadienne ▶ Recherche ▶ Politiques en matière de santé ▶ Pratique ▶ Amélioration de la santé

## Le rôle du pharmacien dans la gestion de l'hypertension

Le rôle des pharmaciens à l'égard de l'hypertension et de sa prise en charge a fait l'objet d'un premier article dans le numéro *du Traducteur* de l'automne 2009<sup>1</sup>. Depuis, de solides données décrivant les bienfaits sur la santé de l'intervention des pharmaciens ont été publiées. La profession de pharmacien a évolué, tant par l'élargissement de son champ d'exercice que par l'accroissement de la confiance des patients en la capacité des pharmaciens à prendre en charge les maladies chroniques. Parallèlement, l'ampleur du risque pour la santé associé à l'hypertension a suscité une attention médiatique importante. Il est aujourd'hui admis que près de 22 % des adultes canadiens (âgés de 20 à 79 ans) sont hypertendus<sup>2</sup> et que seuls 64 % des patients de cette population maîtrisent leur hypertension (utilisation d'antihypertenseurs; tension artérielle inférieure à 140/90 mmHg)<sup>1</sup>. Pour les patients, une maîtrise accrue de la tension artérielle peut entraîner des résultats visibles, notamment une amélioration de leur santé générale et une réduction du risque de divers autres problèmes de santé associés à l'hypertension, y compris les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et, au final, le décès.

Les pharmaciens peuvent jouer un rôle capital dans la surveillance de la tension artérielle et la prise en charge de la pharmacothérapie des patients hypertendus. Comptant parmi les professionnels de la santé les plus accessibles, les pharmaciens disposent des connaissances et des outils requis pour réaliser un dépistage en temps opportun et mettre en œuvre des mesures de prévention efficaces. Les pharmaciens ayant le statut de prescripteur peuvent personnaliser le traitement antihypertensif en modifiant le schéma thérapeutique au besoin. En participant activement à la recherche sur l'hypertension, les pharmaciens jouent également un rôle important dans la mise à jour et la publication annuelle des lignes directrices factuelles. La reconnaissance des pharmaciens en tant qu'intervenants clés dans la prise en charge de l'hypertension ouvre la voie à leur participation accrue dans la prise en charge de plusieurs autres affections chroniques. Le présent numéro *du Traducteur* fait le point sur quatre études qui appuient le rôle de l'intervention active des pharmaciens en matière d'hypertension.

<sup>1</sup> <http://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/education-practice-resources/Translator2009V3-4FR.pdf>

<sup>2</sup> <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2012001/article/11714-fra.htm>

## L'intervention active de pharmaciens prescripteurs entraîne une amélioration des valeurs tensionnelles et lipidiques chez les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral ou un accident ischémique transitoire

McAlister FA, Majumdar SR, Padwal RS, Fradette M, Thompson A, Buck B, Dean N, Bakal JA, Tsuyuki R, Grover S, Shuaib A. Case management for blood pressure and lipid level control after minor stroke: PREVENTION randomized controlled trial. *CMAJ* 2014 Apr 14. [publication en ligne avant impression]

**Le problème :** La prise en charge optimale de l'hypertension et de la dyslipidémie est la pierre angulaire de la prévention secondaire de l'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique. Une baisse de la tension artérielle systolique (TAS) de 10 mmHg diminue en effet de 41 % le risque d'AVC<sup>1</sup>. De plus, l'utilisation des statines pour abaisser le taux de cholestérol des lipoprotéines de faible densité (C-LDL) procure des bienfaits additionnels aux survivants à un AVC<sup>2</sup>. Malgré l'hospitalisation des patients et l'accès aux cliniques de prévention des

La présente étude fournit des données probantes de grande qualité attestant la valeur ajoutée des services prescriptifs offerts par les pharmaciens

AVC, les facteurs de risques vasculaires ne sont pas bien maîtrisés chez les survivants à un AVC<sup>3</sup>. Il est donc nécessaire de revoir les approches classiques en matière de dépistage et d'éducation adoptées par

les gestionnaires de cas et d'évaluer l'intérêt d'une autre avenue, l'intervention active du pharmacien.

**Une solution :** Selon une revue récente de la base de données Cochrane, les survivants à un AVC pourraient tirer profit d'une surveillance étroite et d'une prise en charge par une infirmière ou un pharmacien<sup>4</sup>. L'étude a comparé deux modes de prise en charge sur une période de six mois : l'intervention active de pharmaciens prescripteurs et le dépistage par des infirmières qui rendent compte aux méde-

## L'intervention active de pharmaciens prescripteurs entraîne une amélioration des valeurs tensionnelles et lipidiques chez les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral ou un accident ischémique transitoire (suite)

cins. 1. Prise en charge des cas par des infirmières (groupe témoin d'intervention active) : lors des visites mensuelles, les infirmières ont fourni aux patients des renseignements sur les habitudes de vie (p. ex., alimentation, activité physique, tabagisme et observance thérapeutique), ont mesuré leur tension artérielle (TA) et leur taux de C-LDL et ont transmis un compte rendu au médecin traitant. 2. Prise en charge des cas par des pharmaciens : en plus d'offrir les mêmes services que les infirmières, les pharmaciens habilités à prescrire des médicaments ont décidé de l'amorce ou de l'ajustement d'un traitement médicamenteux (p. ex., antihypertenseur, hypolipidémiant), conformément aux lignes directrices canadiennes.

Dans les groupes pris en charge par les infirmières et par les pharmaciens, la proportion de sujets ayant atteint leur TAS cible ( $\leq 140$  mmHg;  $\leq 130$  mmHg en présence de diabète) de même que leur taux de C-LDL cible ( $\leq 2,0$  mmol/L) a été de 43,4 % et de 30,9 %, respectivement. Par conséquent, l'amélioration significative sur le plan clinique a été nettement supérieure [différence absolue de 12,5 %; NPT (nombre de patients à traiter) = 8,  $p = 0,03$ ] chez les patients pris en charge par les

pharmaciens. Comme la proportion de sujets ayant atteint leur TAS cible en fin de compte a été comparable dans les deux groupes (pharmaciens : 80,4 %; infirmières : 89,7 %;  $p = 0,2$ ), il est important de noter que les résultats supérieurs de l'intervention des pharmaciens sont essentiellement attribuables au fait que le nombre de sujets ayant atteint leur taux de C-LDL cible a été significativement plus élevé (groupe pris en charge par les pharmaciens : 51,1 %; groupe pris en charge par les infirmières : 33,8 %;  $p = 0,003$ ). En ce qui a trait à la TAS, les résultats comparables obtenus après six mois dans les deux groupes pourraient s'expliquer par le plafonnement des effets du traitement antihypertensif ou par la reconnaissance accrue de l'importance de la maîtrise de la TA chez les survivants à un AVC.

Le nombre médian d'antihypertenseurs prescrits a été comparable dans les deux groupes, mais davantage de modifications ont été apportées au traitement médicamenteux des sujets du groupe pris en charge par un pharmacien. À titre d'exemple, après six mois, une proportion supérieure de sujets du groupe suivi par un pharmacien étaient traités à l'aide d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) ou d'un antagoniste des

récepteurs de l'angiotensine (ARA) (utilisation :  $p = 0,1$ ; posologie :  $p = 0,02$ ). Contrairement aux résultats obtenus dans d'autres études, l'intervention du pharmacien évalué dans cet essai a entraîné une baisse supérieure de la TA et du taux de C-LDL. De plus, dans des études menées auprès de pharmaciens non prescripteurs qui ont uniquement offert des services de counselling, les bienfaits obtenus ont été minimes.

**Les implications :** Les pharmaciens et les infirmières jouent un rôle important de gestionnaire de cas dans la prévention secondaire des AVC. En plus du dépistage et des services éducationnels offerts couramment par les infirmières, l'amorce ou l'ajustement d'un traitement antihypertensif ou hypolipidémiant par un pharmacien entraîne une amélioration significativement plus importante des facteurs de risque vasculaires chez les survivants à un AVC. La présente étude fournit des données probantes de grande qualité attestant la valeur ajoutée des services prescriptifs offerts par les pharmaciens par rapport aux stratégies courantes de prise en charge des maladies chroniques.

**Contexte ou méthodes de recherche :** Dans cet essai prospectif comparatif d'une durée de six mois, 279 patients de trois cliniques de prévention des AVC situées à Edmonton ont été répartis de façon aléatoire dans un groupe pris en charge par des pharmaciens (intervention) et dans un groupe pris en charge par une infirmière (traitement témoin). Un neurologue traitait et rencontré tous les sujets pour leur visite initiale avant de déléguer leur prise en charge à leur médecin de famille. Pendant six

mois, les sujets se sont présentés à la clinique pour un rendez-vous mensuel avec une infirmière ou un pharmacien.

Aucune formation additionnelle n'a été offerte aux infirmières ou aux pharmaciens. Des documents d'information destinés aux patients et des algorithmes de traitement, fondés sur les lignes directrices canadiennes récentes, ont été fournis aux pharmaciens. Lors de chaque rendez-vous à la clinique, six mesures de la TAS ont été prises

à une minute d'intervalle et la moyenne des cinq dernières mesures a été calculée. Le pourcentage de sujets ayant atteint une maîtrise optimale de la TAS ( $\leq 140$  mmHg;  $\leq 130$  mmHg en présence de diabète) et du taux de C-LDL ( $\leq 2,0$  mmol/L) a constitué le paramètre principal prédéfini. Les paramètres d'évaluation secondaires comprenaient l'observance thérapeutique, l'usage du tabac, l'indice de masse corporelle et la mortalité.

<sup>1</sup> Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ* 2009; 338: b1665.

<sup>2</sup> Amarencu P, Goldstein LB, Szarek M. Effects of intense low-density lipoprotein cholesterol reduction in patients with stroke or transient ischemic attack: the Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL) trial. *Stroke* 2007; 38: 3198-204.

<sup>3</sup> Roumie CL, Ofner S, Ross JS, et al. Prevalence of inadequate blood pressure control among veterans after acute ischemic stroke hospitalization: a retrospective cohort. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2011; 4: 399-407.

<sup>4</sup> Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, et al. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (3): CD005182.

## Un système de surveillance de la tension artérielle à domicile qui repose sur les pharmaciens et sur une application Web pour maîtriser l'hypertension

Magid DJ, Olson KL, Billups SJ, Wagner NM, Lyons EE, Kroner BA. A pharmacist-led, American Heart Association Heart360 Web-enabled home blood pressure monitoring program. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2013 Mar 1; 6 (2): 157-63. Epub, 5 mars 2013.

**Le problème :** Aux États-Unis, plus de la moitié des 76 millions adultes hypertendus ne maîtrisent pas leur tension artérielle (TA)<sup>1</sup>, preuve de la nécessité de revoir les stratégies thérapeutiques actuelles. L'hypertension non maîtrisée peut contribuer à la survenue d'autres problèmes de santé graves comme l'infarctus aigu du myocarde, l'accident vasculaire cérébral (AVC), l'insuffisance rénale et l'insuffisance cardiaque congestive<sup>1</sup>. La difficulté de départager les patients qui sont légèrement à l'extérieur de l'intervalle cible de ceux chez qui la TA n'est pas du tout maîtrisée constitue l'un des principaux enjeux des stratégies entourant le traitement de l'hypertension. Avec l'augmentation de la prévalence de l'hypertension, une réforme de sa prise en charge est nécessaire pour accroître la longévité et, à la longue, réduire le fardeau que représente l'hypertension pour le système de santé, de même que les ressources et les coûts associés.

**Une solution :** La surveillance de la tension artérielle à domicile, jumelée à l'intervention d'un profession-

leur grande accessibilité et leur connaissance des médicaments leur permettent d'avoir un impact considérable sur la pharmacothérapie antihypertensive actuelle.

nel de la santé, peut contribuer à améliorer la maîtrise de l'hypertension. L'American Heart Association a créé Heart360 ([www.heart360.org](http://www.heart360.org)), un programme présenté comme un complément aux soins habituels<sup>2</sup>. Heart360.org est une application Web gratuite qui vise à aider les patients à comprendre et à suivre l'évolution de leur risque cardiovasculaire. L'application permet de surveiller la TA, le niveau d'activité physique, le taux de cholestérol, la glycémie, le poids et la pharmacothérapie. Les patients peuvent téléverser les lectures à domicile de leur TA dans Heart360.org, suivre leur progression et recevoir des renseignements utiles additionnels pour les aider à

diminuer leur risque cardiovasculaire. Heart360 intègre la participation des patients et leur fournit une rétroaction sur leur progression, ce qui favorise l'amélioration continue. Les graphiques de Heart360 permettent aux patients de visualiser leur progression et de consulter leur médecin uniquement lorsque les lectures de leur TA sortent de l'intervalle cible. Les pharmaciens, à titre de spécialistes des médicaments, ont une connaissance et une expérience approfondies de la prise en charge des pharmacothérapies. Les synthèses des rapports de Heart360 sont une occasion pour les pharmaciens de collaborer avec les médecins pour offrir aux patients des traitements antihypertensifs novateurs.

**Les implications :** Le groupe Kaiser Permanente du Colorado a mené une étude visant à comparer les effets de la surveillance de la TA à domicile par des pharmaciens à ceux des soins habituels entourant la maîtrise de la TA après une période de six mois chez 348 patients dont l'hypertension n'était pas maîtrisée. Les résultats ont démontré l'important impact de

l'intervention des pharmaciens sur la prise en charge de la TA; la baisse de la TA, la maîtrise de la TA et la satisfaction des patients ont toutes été significativement plus importantes dans le groupe de surveillance de la TA à domicile par les pharmaciens, comparativement au groupe de patients recevant les soins habituels. Les chercheurs ont observé une réduction supérieure de la TA systolique et de la TA diastolique dans le groupe pris en charge par les pharmaciens, comparativement au groupe recevant les soins habituels, soit -12,4 mmHg (IC à 95 %; -16,3 à -8,6) contre -5,7 mmHg (IC à 95 %;

-7,8 à -3,6), respectivement. L'abaissement de la TA et sa maîtrise étaient encore plus importants chez les patients atteints de diabète ou de néphropathie chronique. La satisfaction des patients à l'égard de la prise en charge de leur hypertension a été supérieure dans le groupe pris en charge par les pharmaciens (58 %), comparativement au groupe recevant les soins habituels (42 %;  $p < 0,001$ ). Les patients du groupe suivi par les pharmaciens ont en outre jugé le brassard et le programme Heart360 faciles ou très faciles à utiliser (68 %) en plus d'estimer que leur pharmacien avait été d'une grande

ou d'une très grande aide (52 %). Les pharmaciens qui ont été en mesure de consulter les synthèses des rapports pour recenser les patients présentant un risque accru, de surveiller l'observance à la pharmacothérapie et de régler la posologie en fonction de ces données se sont révélés être une ressource de première ligne idéale dans la prise en charge de l'hypertension. Leur grande accessibilité et leur connaissance des médicaments leur permettent d'avoir un impact considérable sur la pharmacothérapie antihypertensive actuelle.

**Contexte ou méthodes de recherche :** Cet essai pragmatique contrôlé, avec répartition aléatoire, a évalué 348 patients hypertendus dans 10 cliniques Kaiser Permanente au Colorado, lesquelles comptent chacune sur les services d'au moins un pharmacien clinique. L'analyse statistique était fondée sur la population en intention de traiter. Au bout

de six mois, les patients des deux groupes (surveillance de la TA à domicile par les pharmaciens et soins habituels) ont été revus à la clinique; leur TA a été mesurée à l'aide d'un brassard de référence. Le pourcentage de patients ayant atteint leur cible tensionnelle constituait le paramètre principal. Les paramètres secondaires étaient la variation

de la TA (systolique et diastolique) par rapport aux valeurs initiales, la satisfaction du patient à l'égard du suivi, le changement d'intensité du traitement médicamenteux et l'observance à la pharmacothérapie antihypertensive.

<sup>1</sup> Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics-2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2012; 125: e2-e220.

<sup>2</sup> Bosworth HB, Powers BJ, Olsen MK, McCant F, Grubber J, Smith V, Gentry PW, Rose C, Van Houtven C, Wang V, Goldstein MK, Oddone EZ. Home blood pressure management and improved blood pressure control: results from a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2011; 171: 1173-80.

## Évaluation des effets de la prise en charge conjointe par un médecin et un pharmacien sur la maîtrise de la tension artérielle sur 24 heures

Chen Z, Ernst ME, Ardery G, Xu Y, Carter BL. Physician-pharmacist co-management and 24-hour blood pressure control. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2013 May; 15 (5): 337-43. Epub 2013 Feb 12.

**Le problème :** L'hypertension non maîtrisée est le facteur de risque le plus fréquent de maladie du cœur, d'accident vasculaire cérébral (AVC) et de mortalité pouvant être traité. Aux États-Unis, 17,8 % des décès sont liés à l'hypertension<sup>1</sup>, une affection qui n'est toujours pas maîtrisée, malgré les données probantes attestant les bienfaits d'un traitement adéquat. Selon le programme National Health and Nutrition Examination Survey de 2005-2008, aux États-Unis, seuls 43,6 % des patients hypertendus maîtrisent leur hypertension<sup>2</sup>. Tous les secteurs des soins de santé s'efforcent de prendre des mesures visant à améliorer la maîtrise de l'hypertension. La collaboration interprofessionnelle, qui a prouvé son efficacité<sup>3</sup>, permet au médecin et au pharmacien de dresser un plan global de soins qui optimise la pharmacothérapie. À l'heure de mettre sous presse, la prise en charge en équipe était la méthode la plus efficace pour abaisser la tension artérielle (TA), avec des résultats supérieurs lors d'une intervention conjointe avec un pharmacien (-8,44 mmHg pour la tension artérielle systolique [TAS]), comparativement à une intervention conjointe avec une infirmière (-4,80 mmHg pour la TAS)<sup>4</sup>.

**Une solution :** La prise en charge conjointe par un médecin et un pharmacien a démontré ses bienfaits sur l'abaissement de la TA; cette étude a cependant été menée pour analyser les répercussions de l'interven-

tion du pharmacien sur le traitement antihypertensif et la maîtrise de la TA au cours de la période ambulatoire. Sur une période de six mois, deux groupes (l'un bénéficiant de la prise en charge conjointe par un pharmacien et l'autre constituant le groupe témoin) ont été évalués en fonction de la mesure ambulatoire de la pression artérielle. À l'issue de l'essai, 467 modifications à la pharmacothérapie – survenus essentiellement au cours du premier mois – avaient été enregistrées dans le groupe de prise en charge conjointe par un pharmacien. Le nombre de changements de médicament a en outre été supérieur dans ce même groupe, comparativement au groupe témoin, soit 2,7 contre 1,1, respectivement ( $p > 0,001$ ). À la visite de six mois, la TAS ambulatoire moyenne dans le groupe bénéficiant d'une prise en charge conjointe était considérablement inférieure à celle du groupe témoin, et ce, aux trois périodes de référence : journée (122,8 mmHg vs 134,4 mmHg;  $p > 0,001$ ); nuit (114,8 mmHg vs 123,7 mmHg;  $p > 0,001$ ); et mesure sur 24 heures (120,4 mmHg vs 131,8 mmHg;  $p > 0,001$ ). De telles données appuient le recours à la collaboration médecin-pharmacien pour abaisser efficacement la TA et améliorer sa maîtrise sur une période de 24 heures. Par comparaison, les lectures de la TAS sur 24 heures ont montré une réduction de 15,2 mmHg dans le groupe bénéficiant d'une prise en charge conjointe contre seulement 5,2 mmHg dans le groupe témoin. Malgré les différences observées à l'issue de

l'essai concernant la maîtrise de la TA, la quantité relative d'antihypertenseurs a été comparable dans les deux groupes. Ces résultats laissent penser que les pharmaciens jouent un rôle important dans le choix de l'antihypertenseur adéquat et l'élaboration du schéma pharmacothérapeutique. Cela devient évident lorsque l'on considère que la prise en charge conjointe par le médecin et le pharmacien a donné lieu à une forte intensification de la pharmacothérapie antihypertensive des patients.

**Les implications :** Les pharmaciens influent activement sur le traitement antihypertensif, comme le montrent les 368 recommandations visant à modifier le traitement médicamenteux formulées par les pharmaciens, et dont 95 % ont été acceptées par les médecins. Leur connaissance approfondie des médicaments leur permet de contribuer efficacement à la baisse des valeurs tensionnelles et au mieux être général des patients. La participation des pharmaciens à l'analyse des lectures de la TA ambulatoire de 24 heures peut considérablement modifier le choix des antihypertenseurs, leur posologie et le schéma thérapeutique, avec au final une amélioration de la maîtrise de l'hypertension dans un avenir prévisible. La prise en charge conjointe permet au pharmacien de repérer les problèmes liés à la pharmacothérapie et les modifications nécessaires à apporter au mode de vie, et de dresser un plan de soins adapté.

**Contexte ou méthodes de recherche :** Cet essai prospectif comparatif avec échantillonnage en grappes et répartition aléatoire a été mené par des médecins de famille dans six centres de santé communautaire de l'Iowa (trois offrant une prise en charge conjointe et trois centres témoins). Chaque centre comptait sur les services d'un pharmacien

clinicien exerçant depuis au moins trois ans à cet endroit. Durant l'examen, les lectures de la TA diurne (6 h à 22 h) et de la TA nocturne (22 h à 6 h) ont été réalisées toutes les 20 et 30 minutes, respectivement. Au total, 374 patients ont participé à l'étude (198 dans les centres témoins et 176 dans les centres offrant une prise en charge conjointe). Les

patients du groupe témoin étaient plus susceptibles d'être mariés ou diabétiques, ou d'avoir été victimes d'un infarctus du myocarde ( $p > 0,001$ ). Ils étaient également plus nombreux à présenter des affections concomitantes ( $p > 0,001$ ). Sans égard à ces différences, la TA ambulatoire moyenne n'était pas significativement différente dans les deux groupes.

<sup>1</sup> Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, et al. Heart disease and stroke statistics-2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2011; 123: e18-e209.

<sup>2</sup> Yoon PW, Gillespie CD, George MG, Wall HK. Control of hypertension among adults-national health and nutrition examination survey, United States, 2005-2008. *Morb Mortal Wkly Rep* 2012; 61 (suppl): 19-25.

<sup>3</sup> Carter BL, Bergus GR, Dawson JD, et al. A cluster randomized trial to evaluate physician/pharmacist collaboration to improve blood pressure control. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008; 10: 260-71.

<sup>4</sup> Carter BL, Rogers M, Daly J, et al. The potency of team-based care interventions for hypertension: a meta-analysis. *Arch Intern Med* 2009; 169: 1748-55.

# La prise en charge intensive d'anciens combattants hypertendus par les pharmaciens a amélioré l'observance thérapeutique et entraîné une baisse significative de la tension artérielle

Parker CP, Cunningham CL, Carter BL, Vander Weg MW, Richardson KK, Rosenthal GE. A mixed-method approach to evaluate a pharmacist intervention for veterans with hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2014 Feb; 16 (2): 133-40.

**Le problème :** Facteur de risque modifiable, l'hypertension peut être à l'origine de nombreux événements cardiovasculaires, y compris les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les affections vasculaires périphériques, les cardiopathies et le décès. Chaque baisse de 3 mmHg de la tension artérielle systolique (TAS) est associée à une diminution du risque de mortalité liée aux maladies cardiovasculaires et aux AVC, respectivement de 5 % et de 8 %<sup>1</sup>. Une étude montre que les anciens combattants affichent un taux de maîtrise optimale de la tension artérielle (TA) supérieur à celui observé dans la population générale<sup>2</sup>. On attribue ce résultat à une approche multidisciplinaire où les pharmaciens interviennent dans la prise en charge de l'hypertension. Conformément aux lignes directrices publiées par le département de la Défense des États-Unis, les pharmaciens peuvent en effet participer à l'ajustement pharmacothérapeutique pour optimiser et prolonger la maîtrise de la TA.

**Une solution :** En ce qui a trait à l'hypertension, les pharmaciens communautaires ne disposent pas de lignes directrices entourant l'intervention active ou le renvoi des patients au médecin de premier recours. Les médecins de premier recours du système de santé des anciens combattants de la ville d'Iowa (VAHCS, pour Veteran Affairs Health Care System) ont autorisé les pharmaciens à prescrire des antihypertenseurs et des analyses de laboratoire. Durant la première partie de l'étude, trois pharmaciens ont offert une intervention intensive à 127 sujets pendant six mois. À l'issue de cette période, durant la deuxième partie de l'étude, les sujets ont été répartis de façon aléatoire pour poursuivre ce suivi ou pour reprendre leurs soins habituels. Les résultats de cette deuxième partie de l'étude ne sont pas encore disponibles.

Les pharmaciens ont fourni aux patients des ren-

## La prise en charge conjointe médecin-pharmacien des patients hypertendus améliore l'observance pharmacothérapeutique

seignements sur les modifications au mode de vie, y compris sur l'abandon du tabac, l'alimentation hyposodée et l'exercice régulier. L'observance thérapeutique des patients a fait l'objet d'une étroite surveillance. Les solutions visant à remédier à un manque d'adhésion non intentionnel comprenaient la simplification du traitement, des aides à l'observance et le soutien familial. Les pharmaciens ont déterminé que les coûts et les effets secondaires représentaient de possibles causes au manque d'adhésion non intentionnel; ils ont de nouveau souligné l'importance d'atteindre les cibles tensionnelles. À l'égard du traitement sous-optimal, les pharmaciens étaient habilités à augmenter la dose d'un médicament déjà prescrit et/ou d'ajouter un diurétique thiazidique ou un autre antihypertenseur. Finalement, un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine a été prescrit aux patients diabétiques ne recevant pas encore ce traitement.

Chez les 54 patients diabétiques, on a observé une baisse moyenne de 8,0 mmHg ( $p < 0,001$ ) et de 4,0 mmHg ( $p = 0,001$ ) de la TAS et de la tension artérielle diastolique (TAD), respectivement; chez les patients non diabétiques, la baisse de la TAS et de la TAD a été supérieure (14,0 et 5,0 mmHg, respectivement,  $p < 0,001$ ). Au bout de six mois, la TA était maîtrisée chez 69 sujets ( $< 140/90$  mmHg;  $< 140/80$  mmHg chez les diabétiques), mais toujours pas maîtrisée chez 58 sujets. La hausse du nombre de médicaments a été significativement plus fréquente chez

les sujets dont la TA était maîtrisée ( $p = 0,04$ ). De plus, le recours à un diurétique thiazidique a été plus fréquent chez les sujets dont la TA était maîtrisée ( $p = 0,04$ ): 64,9 %, comparativement à 46,7 % dans le groupe où la TA n'était pas maîtrisée. Six mois après le début de l'étude, l'adhésion au traitement médicamenteux s'était en outre considérablement améliorée ( $p = 0,017$ ).

Une évaluation qualitative réalisée auprès de 37 sujets 24 mois après le recrutement des patients a permis de dégager cinq thèmes, qui ont été documentés : (1) les sujets ont manifesté une préférence pour la prise en charge conjointe médecin-pharmacien; (2) les sujets ont eu un accès amélioré aux pharmaciens; (3) les sujets ont manifesté une préférence pour l'intervention intensive; (4) les sujets ont déclaré que l'intervention des pharmaciens a contribué davantage à la baisse de la TA que les soins habituels; et (5) les sujets ont estimé que le rappel des modifications à apporter au mode de vie a été utile. Qui plus est, les sujets ont manifesté un intérêt pour la prise en charge conjointe médecin-pharmacien dans d'autres affections chroniques, y compris le diabète.

**Les implications :** La prise en charge conjointe médecin-pharmacien des patients hypertendus améliore l'observance pharmacothérapeutique, incite à modifier son mode de vie et entraîne une baisse significative de la TAS et de la TAD. Les pharmaciens prescripteurs peuvent ajuster rapidement la pharmacothérapie de façon à minimiser au maximum les facteurs de risque modifiables des affections cardiovasculaires. D'après les commentaires recueillis auprès des sujets de l'étude, il existe un besoin et un intérêt réels pour ce modèle de collaboration dans la prise en charge à long terme de l'hypertension et d'autres affections chroniques.

**Contexte ou méthodes de recherche :** Cet essai prospectif comparatif à répartition aléatoire d'une durée de six mois a porté sur 127 patients du VAHCS de la ville d'Iowa City et de deux cliniques communautaires, qui ont accepté d'y participer. Au début de l'étude, puis après six mois, une coordonnatrice de l'étude ou un assistant de recherche dûment formés,

ont mesuré à trois reprises la TA des patients. Les résultats de la deuxième et de la troisième lectures ont servi à établir la TA moyenne. Entre les rendez-vous, soit au début de l'étude, puis un, deux, quatre et six mois plus tard, les patients ont reçu un appel téléphonique d'un pharmacien qui visait à leur fournir des conseils. Finalement, 18 mois après

l'intervention du pharmacien au sixième mois, la coordonnatrice de l'étude a réalisé une entrevue semi-structurée avec 37 sujets. La répartition aléatoire a eu lieu après la période d'intervention initiale de six mois du pharmacien, mais les résultats finaux n'ont pas encore été publiés.

<sup>1</sup> Stamler J, Rose G, Stamler R, et al. INTERSALT study findings. Public health and medical care implications. *Hypertension* 1989; 14: 570-7.

<sup>2</sup> Fletcher RD, Amdur RL, Kolodner R, et al. Blood pressure control among US veterans: a large multiyear analysis of blood pressure data from the Veterans Administration health data repository. *Circulation* 2012; 125: 2462-8.

## le Traducteur

### Collaborateurs

Carly Davies, PharmD 2016 (espéré)  
Yan Li, PharmD 2016 (espéré)  
Philip Emberley, PharmD, MBA

### Réviseurs

Christine LeBlanc, B. Journalisme

### Personne-ressource

Philip Emberley  
Directeur, Innovation dans la pratique  
de la pharmacie  
Association des pharmaciens du Canada  
pemberley@pharmacists.ca  
(613) 523-7877, poste 220  
1-800-917-9489  
[www.pharmacists.ca/research](http://www.pharmacists.ca/research)



ASSOCIATION DES  
PHARMACIENS  
DU CANADA

CANADIAN  
PHARMACISTS  
ASSOCIATION



Ensemble, vers un monde en meilleure santé™

Pour recevoir les nouveaux numéros du bulletin *Le Traducteur*, communiquez avec nous à l'adresse suivante : [research@pharmacists.ca](mailto:research@pharmacists.ca).

La diffusion et la traduction de cette publication sont possibles en partie grâce à une contribution inconditionnelle à visée éducative de Pfizer.