



Améliorer la prise en charge de l'hypertension artérielle en favorisant la collaboration avec les pharmaciens et les infirmières

Rev Med Suisse 2012; 8: 1694-8

V. Santschi
G. Wuerzner
A. Chiolero
B. Burnand
G. Paradis
M. Burnier

Team-based care involving pharmacists and nurses to improve the management of hypertension

Only half of hypertensive patients has controlled blood pressure. Chronic kidney disease (CKD) is also associated with low blood pressure control, 25-30% of CKD patients achieving adequate blood pressure. The Community Preventive Services Task Force has recently recommended team-based care to improve blood pressure control. Team-based care of hypertension involves facilitating coordination of care among physician, pharmacist and nurse and requires sharing clinical data, laboratory results, and medications, e.g., electronically or by fax. Based on recent studies, development and evaluation of team-based care of hypertensive patients should be done in the Swiss healthcare system.

Seule la moitié des patients hypertendus ont une pression artérielle contrôlée. L'insuffisance rénale chronique (IRC) est aussi associée à un mauvais contrôle de l'hypertension, 25-30% des patients IRC ayant une pression satisfaisante. Le *Community Preventive Services Task Force* a récemment recommandé une prise en charge en équipe (*team-based care*) pour améliorer le contrôle de l'hypertension. La prise en charge en équipe de l'hypertension implique pour le médecin, le pharmacien et l'infirmière une coordination des soins et nécessite la communication de données cliniques et médicamenteuses via des outils cliniques ad hoc (fax, dossier électronique partagé). Sur la base d'études récentes, il est pertinent de développer et d'évaluer la mise en œuvre d'une prise en charge en équipe de l'hypertension dans notre système de santé.

INTRODUCTION

L'hypertension est un facteur de risque majeur des maladies cardiovasculaires et la cause d'environ sept millions de décès chaque année dans le monde.¹ Le traitement de l'hypertension diminue la mortalité et la morbidité cardiovasculaires. Toutefois, le contrôle de l'hypertension est loin d'être optimal.² Ainsi, l'étude de population lausannoise CoLaus a montré

que seule la moitié des patients hypertendus traités avaient une pression artérielle contrôlée (< 140/90 mmHg).³ Bien que des études aient montré un effet bénéfique du contrôle de l'hypertension sur la progression de la maladie rénale et la mortalité, l'hypertension est aussi fréquente et mal contrôlée auprès des patients ayant une insuffisance rénale chronique (IRC).⁴ Par exemple, en Amérique du Nord et en Europe, moins de 25% des patients IRC ont une pression artérielle bien contrôlée (< 130/80 mmHg).⁵ En Suisse, une récente étude réalisée auprès de 157 médecins installés indique que seuls 30% des patients IRC ont une pression contrôlée.⁶ L'IRC est une maladie fréquente, associée à de multiples complications et à une mortalité importante en particulier par maladies cardiovasculaires, d'où l'importance d'améliorer la prise en charge de l'hypertension auprès des patients IRC.

La difficulté de contrôler l'hypertension, dans un contexte de vieillissement de la population et d'une augmentation du nombre de personnes souffrant d'hypertension, amène à s'intéresser à de nouveaux modèles de prise en charge de l'hypertension. Ainsi, Dobson et coll. ont proposé le recours à des modèles de soins collaboratifs ou en équipe (*team-based care*) impliquant par exemple le pharmacien et l'infirmière comme membres à part entière de l'équipe de soins travaillant de manière coordonnée.⁷ Plusieurs études randomisées contrôlées ont montré qu'une prise en charge en équipe impliquant des pharmaciens, des infirmières ou d'autres intervenants collaborant avec des médecins permet un meilleur contrôle de la pression artérielle auprès de patients hypertendus,⁸ de patients ayant une IRC⁹ ou de patients diabétiques.¹⁰

Cet article se focalise sur la prise en charge en équipe de l'hypertension auprès de patients hypertendus et rénaux.



QU'EST-CE QUE LA PRISE EN CHARGE EN ÉQUIPE?

Le *Community Preventive Services Task Force* a récemment recommandé un modèle de soins en équipe, dénommé *team-based care*, pour améliorer le contrôle de l'hypertension auprès de patients ambulatoires.¹¹ Par *team-based care*, on entend une prise en charge par une équipe composée de médecin(s), de pharmacien(s), d'infirmière(s) ou d'autres professionnels de soins, travaillant en étroite collaboration et de manière coordonnée, chacun ayant des tâches complémentaires. La communication, par exemple des données médicales et médicamenteuses (valeurs de pression artérielle, traitements prescrits) via des outils cliniques ad hoc (fax, dossier électronique partagé), est un élément clé du travail en équipe. Cette communication est nécessaire pour la coordination entre les professionnels de soins permettant d'assurer une prise en charge globale et continue. Un des professionnels de soins impliqué dans la prise en charge, par exemple l'infirmière, peut être désigné comme référent au sein de l'équipe de soins (vignette clinique). Dans ce type de soins, le patient est un élément actif de sa prise en charge.

Diverses initiatives de modèles de soins en équipe ont été mises en œuvre. Par exemple au Québec, des Groupes de médecine de famille (GMF) ont été créés en 2002.¹² Ces GMF sont composés de huit à dix médecins de famille travaillant en groupe et en collaboration étroite avec deux infirmières ou d'autres professionnels de soins, selon les besoins de la communauté, et appuyés d'un soutien d'une secrétaire administrative. A une plus petite échelle, les cer-

Vignette clinique hypothétique d'une prise en charge en équipe de l'hypertension

Madame Team, patiente de 67 ans, est adressée par son médecin de famille à la consultation d'hypertension. En dépit d'un traitement par un diurétique (hydrochlorothiazide 25 mg/j) et un bloqueur du récepteur à l'angiotensine (irbésartan 300 mg/j), sa pression artérielle demeure élevée. Les dernières valeurs mesurées au cabinet étaient de 154/92 mmHg. La patiente présente une insuffisance rénale chronique modérée (clairance de la créatinine de 45 ml/min; pas de protéinurie, pas de microalbuminurie) probablement d'origine hypertensive. Que pourrions-nous proposer à cette patiente?

Une mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) confirme une pression trop élevée (148/88 mmHg la journée). L'infirmière de la consultation fait le point avec Madame Team sur sa diète et son activité physique, la conseille pour suivre au mieux les mesures non pharmacologiques et lui propose de se faire mesurer la pression artérielle à sa pharmacie habituelle. En évaluant le traitement médicamenteux et la prise médicamenteuse de Madame Team, le pharmacien relève que la patiente ne renouvelle pas systématiquement ses ordonnances, ce qui indique des problèmes de prise médicamenteuse. Le pharmacien lui propose un semainier pour l'aider à s'organiser dans son traitement. Un mois plus tard, les valeurs de pression artérielle faite à la pharmacie sont plus basses (140/82 mmHg) et la patiente dit être plus régulière dans sa prise médicamenteuse. Le pharmacien résume ses observations et interventions et les faxe au médecin et à l'infirmière de la consultation d'hypertension qui les consigne dans le dossier de la patiente. Le médecin revoit la patiente et organise une MAPA qui indique des valeurs de pression normalisées de 126/78 mmHg.

cles de qualité sont un autre exemple de collaboration en équipe associant des médecins de premier recours et des pharmaciens en Suisse romande. Dans une récente étude randomisée, contrôlée, menée au sein des cercles de qualité du canton de Fribourg, nous avons montré qu'une collaboration entre les pharmaciens d'officine et les médecins de premier recours, centrée autour de la prise en charge de l'adhésion thérapeutique, est possible et qu'elle améliore la prise en charge à long terme de l'hypertension auprès de patients hypertendus non contrôlés.¹³

PRISE EN CHARGE EN ÉQUIPE DE L'HYPERTENSION: QUELS RÔLES POUR LES PHARMACIENS ET LES INFIRMIÈRES?

Le pharmacien¹⁴ et l'infirmière¹⁵ ont des compétences complémentaires à ceux du médecin et ont un rôle primordial à jouer au sein d'une équipe de soins. Le pharmacien, spécialiste du médicament, est un interlocuteur unique pour le patient pour favoriser une prise médicamenteuse optimale et un lien essentiel avec l'équipe de soins par ses contacts privilégiés et fréquents avec le patient. Diverses études ont montré que les interventions du pharmacien en collaboration avec le médecin permettent de mieux contrôler la pression artérielle.⁸

Dans une récente revue systématique d'études ayant évalué l'impact du pharmacien sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, Santschi et coll. ont montré que les interventions du pharmacien – menées seules ou en collaboration avec le médecin et/ou l'infirmière – sont associées à des diminutions de la pression artérielle systolique (-8,1 mmHg (intervalle de confiance à 95% [IC]: -10,2 à -5,9) et de la pression artérielle diastolique (-3,8 mmHg; IC 95%: -5,3 à -2,3), mais aussi du cholestérol total (-0,45 mmol/l; IC 95%: -0,66 à -0,24), du LDL-cholestérol (-0,35 mmol/l; IC 95%: -0,59 à -0,10) ou du tabagisme (RR: 0,77; IC 95%: 0,67 à 0,89) auprès de patients ambulatoires. Dans ces études, les interventions du pharmacien ont consisté, par exemple, à éduquer et conseiller le patient sur sa prise médicamenteuse ou à rédiger des recommandations relatives aux prescriptions médicamenteuses et transmises au médecin de manière orale ou écrite (tableau 1).¹⁴

L'infirmière, par ses compétences par exemple dans le domaine de l'éducation thérapeutique, est aussi en mesure d'aider le patient dans sa prise en charge.¹⁵ Elle a un rôle important à jouer au sein d'une équipe de soins par son rôle de coordination et de soutien auprès du patient et de sa famille. Dans une récente revue systématique, les interventions menées par des infirmières telles que l'utilisation d'un algorithme de traitement ou le fait de prescrire un traitement médicamenteux en accord avec le médecin étaient associées à une diminution de la pression artérielle systolique de -8,2 mmHg (IC 95%: -11,5 à -4,9) et de -8,9 mmHg (IC 95%: -12,5 à -5,3), respectivement.¹⁵

Une étude canadienne a montré qu'une intervention menée conjointement par des pharmaciens communautaires/infirmières permet d'améliorer le contrôle de la pression artérielle auprès de patients diabétiques ambulatoires avec une baisse significative de la pression artérielle systolique de 5,6 mmHg comparé au groupe contrôle.¹⁰ Il est



Tableau 1. Interventions du pharmacien – conduites seules ou en collaboration avec le médecin ou l’infirmière – identifiées dans une revue systématique d’études évaluant l’impact des pharmaciens dans la prise en charge de patients ambulatoires
(Source: Santschi et coll.¹⁴).

Types d'intervention	% d'études dans lesquelles l'intervention était menée
Education et conseil auprès du patient (prise médicamenteuse, style de vie en distribuant du matériel éducatif ou en animant des ateliers)	87
Rédaction de recommandations au médecin (orales ou écrites) relatives aux prescriptions médicamenteuses et consécutives à des problèmes de prise médicamenteuse	80
Evaluation du traitement médicamenteux auprès des patients ou sur la base du dossier médical	73
Mesure de la pression artérielle ou du taux de cholestérol	40
Education des professionnels de soins (par exemple animation des ateliers de formation)	7

intéressant de souligner que, dans cette étude, l’infirmière se rend à la pharmacie pour intervenir conjointement avec le pharmacien d’officine.

A ce jour, une prise en charge ambulatoire en équipe de l’hypertension incluant conjointement des pharmaciens et des infirmières collaborant avec les médecins n’est pas développée en Suisse. La faisabilité et l’impact d’une telle prise en charge sur le contrôle de l’hypertension n’ont pas été évalués en Suisse.

PRISE EN CHARGE EN ÉQUIPE DE L’HYPERTENSION AUPRÈS DES PATIENTS AVEC IRC: UN EXEMPLE QUÉBÉCOIS

Les patients ayant une IRC sont âgés, prennent de nombreux médicaments (prise quotidienne de six à douze médicaments) et présentent de nombreuses comorbidités (en moyenne 8/patient).⁹ Afin de prévenir ou de ralentir l’évolution vers une IRC terminale, des cliniques ambulatoires de pré dialyse composées de néphrologues, d’infirmières et de pharmaciens hospitaliers ont été créées au Québec. Toutefois, le pharmacien hospitalier ne peut pas offrir un suivi individualisé et optimal au vu du nombre élevé de patients ayant une IRC suivis dans de telles cliniques (environ 2500 patients/an). De plus, le suivi complexe de ces patients amène à considérer une prise en charge en équipe, incluant notamment un pharmacien d’officine, comme une approche pertinente. Dès lors, un programme de formation et de liaison entre les pharmaciens communautaires et l’équipe de soins de clinique de pré dialyse a été développé afin d’améliorer le suivi ambulatoire des patients ayant une IRC. Dans ce cadre-là, Santschi et coll. ont montré qu’un tel programme permet une amélioration significative de la pression artérielle systolique/diastolique (-6,9/-0,4 mmHg) auprès des patients ayant une IRC modérée à sévère.⁹ Ce

programme de formation et de liaison entre les pharmaciens communautaires et l’équipe de soins de clinique de pré dialyse est prometteur pour une coordination et une prise en charge meilleures de l’hypertension auprès des patients ayant une IRC.⁹

CONCLUSION

Au vu du mauvais contrôle de l’hypertension, et dans un contexte de vieillissement de la population et de redéfinition du rôle des professionnels de soins dans la prise en charge des maladies chroniques, il est pertinent de développer et d’évaluer des prises en charge en équipe (*team-based care*) dans notre système de santé. Le développement des technologies de l’information, de la cybersanté (eHealth) et du dossier électronique partagé permettra de faciliter ce type de prise en charge. Néanmoins, une plus grande collaboration entre professionnels de soins au sein d’équipes de soins suppose des transformations de pratiques cliniques et de culture professionnelle, ainsi que le développement de compétences spécifiques pour une prise en charge efficace de l’hypertension ou d’autres maladies chroniques. ■

Implications pratiques

- Le *Community Preventive Services Task Force* a récemment recommandé un modèle de soins en équipe pour améliorer la prise en charge de l’hypertension
- Le pharmacien et l’infirmière travaillant au sein d’une équipe et en étroite collaboration avec les médecins peuvent aider à une meilleure prise en charge des patients hypertendus ainsi que des patients ayant une insuffisance rénale chronique (IRC)
- Au vu du mauvais contrôle de l’hypertension et dans un contexte de vieillissement de la population et de redéfinition du rôle des professionnels de soins dans la prise en charge des maladies chroniques, il serait pertinent de développer et d’évaluer une prise en charge en équipe dans notre système de santé suisse

Adresses

Drs Valérie Santschi, pharmacienne, Arnaud Chiolero
Pr Bernard Burnand
Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP)
CHUV et Université de Lausanne
Biopôle 2, Route de la Corniche 10, 1010 Lausanne
valerie.santschi@gmail.com
arnaud.chiolero@chuv.ch
bernard.burnand@chuv.ch

Dr Grégoire Wuerzner
Pr Michel Burnier
Service de néphrologie et consultation d’hypertension
Département de médecine interne
CHUV, 1011 Lausanne
michel.burnier@chuv.ch
gregoire.wuerzner@chuv.ch

Pr Gilles Paradis
Département d’épidémiologie, biostatistiques et santé au travail
Université McGill
1020 Pine Avenue West, Montréal, H3A 1A2, Canada
gilles.paradis@mcgill.ca



Bibliographie

- 1 Lawes CM, Vander Hoorn S, Rodgers A. International Society of H. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet* 2008;371:1513-8.
- 2 * Wang TJ, Vasan RS. Epidemiology of uncontrolled hypertension in the United States. *Circulation* 2005;112:1651-62.
- 3 Danon-Hersch N, Marques-Vidal P, Bovet P, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of high blood pressure in a Swiss city general population: The CoLaus study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009;16:66-72.
- 4 ** St Peter WL, Farley TM, Carter BL. Role of collaborative care models including pharmacists in improving blood pressure management in chronic kidney disease patients. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2011;20:498-503.
- 5 Coresh J, Wei GL, McQuillan G, et al. Prevalence of high blood pressure and elevated serum creatinine level in the United States: Findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey (1988-1994). *Arch Intern Med* 2001;161:1207-16.
- 6 Hendrik Schafer H, Sudano I, Theus GR, Noll G, Burnier M. Target blood pressure attainment with antihypertensive therapy in Swiss primary care. *Blood Press* 2012; epub ahead of print.
- 7 Dobson RT, Taylor JG, Henry CJ, et al. Taking the lead: Community pharmacists' perception of their role potential within the primary care team. *Res Social Adm Pharm* 2009;5:327-36.
- 8 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.
- 9 Santschi V, Lord A, Berbiche D, et al. Impact of collaborative and multidisciplinary care on management of hypertension in chronic kidney disease outpatients. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research* 2011;2:79-87.
- 10 * McLean DL, McAlister FA, Johnson JA, et al. A randomized trial of the effect of community pharmacist and nurse care on improving blood pressure management in patients with diabetes mellitus: Study of cardiovascular risk intervention by pharmacists-hypertension (SCRIP-HTN). *Arch Intern Med* 2008;168:2355-61.
- 11 * The Guide to Community Preventive Services. <http://www.thecommunityguide.org/news/2012/CVD-TeamBasedCare.html>. Consulté le 10 juillet 2012.
- 12 Santé Canada. Système de soins de santé <http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/phctf-fassp.nsf/WebProject/0011?OpenDocument&lang=fra&>. Consulté le 10 juillet 2012.
- 13 Santschi V, Rodondi N, Bugnon O, Burnier M. Impact of electronic monitoring of drug adherence on blood pressure control in primary care: A cluster 12-month randomised controlled study. *Eur J Intern Med* 2008;19:427-34.
- 14 * Santschi V, Chiolerio A, Burnand B, Colosimo AL, Paradis G. Impact of pharmacist care in the management of cardiovascular disease risk factors: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Arch Intern Med* 2011;171:1441-53.
- 15 Clark CE, Smith LF, Taylor RS, Campbell JL. Nurse led interventions to improve control of blood pressure in people with hypertension: Systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2010;341:c3995.

* à lire

** à lire absolument