

Étude



Dans ce numéro :

- Les résultats de l'étude TEAM ! 1
- Faut-il former les pharmaciens pour appliquer le « suivi conjoint » ? 2
- Combien coûte le « suivi conjoint » ? 3
- Le « suivi conjoint » est-il plus efficace que le « suivi habituel » ? 4
- Le « suivi conjoint », qu'en pensent les professionnels et les patients ? 5
- Y aura-t-il d'autres publications ? 6
- D'autres projets sont-ils prévus ? 6

Pour nous joindre

Lyne Lalonde
Directrice
Équipe de recherche en soins de première ligne
Centre de santé et de services sociaux de Laval
1755, boul. René-Laennec,
bureau D-S145
Laval (Québec) H7M 3L9

Téléphone
(450) 668-1010 poste 2743

Télécopieur
(450) 975-5089

Courriel
lyne.lalonde@umontreal.ca

Les résultats de l'étude TEAM !

Notre équipe est fière de vous présenter le fruit de trois années de travail acharné. Nos résultats sont plus qu'encourageants. Ils confirment la faisabilité et les bénéfices d'un travail en collaboration interprofessionnelle en soins de première ligne.



Une courte formation est suffisante pour permettre aux pharmaciens communautaires de prodiguer des soins pharmaceutiques avec ajustement posologique dans un contexte de collaboration médecin-pharmacien. Non seulement, l'intervention a été grandement appréciée des patients, pharmaciens et médecins mais elle a également permis à un plus grand nombre de patients d'atteindre leurs cibles lipidiques. En excluant les frais associés à la formation, l'application du « suivi conjoint » coûterait environ 100 \$ par patient.

Pour en savoir davantage, je vous invite à prendre connaissance de cette dernière édition du bulletin TEAM. Nous y avons inclus les principaux abrégés de l'étude TEAM. Par ailleurs, plusieurs articles seront publiés au cours des prochains mois. Vous pourrez consulter la liste des publications qui sera mise à jour régulièrement sur le site WEB de l'**Équipe de recherche en soins de première ligne** à l'adresse www.recherchepl.ca.

Je profite de cette occasion pour remercier l'ensemble de nos partenaires qui ont contribué au succès de ce projet. D'abord, nos gens de terrain qui vous ont aidé à recruter vos patients, appliquer le protocole de soins, recueillir les données et les analyser. Je parle ici de **Julie Villeneuve** qui défendra sous peu sa thèse de doctorat, de nos agentes de recherche **Josée Robillard**, **Caroline Le Pottier** et **Danielle Bélanger**, de notre infirmière de recherche **Marie-Noël Lachambre**, de notre technicienne de recherche **Nathalie Caron**, de notre statisticien **Djamal Berbiche** et de notre adjointe administrative **Chantal Legris**. Je remercie également nos co-chercheurs ainsi que les organismes subventionnaires qui nous ont appuyés. Finalement, un merci particulier à tous les médecins, pharmaciens et patients sans qui ce projet n'aurait pu être réalisé.

Toute l'équipe se joint à moi pour vous souhaiter un joyeux temps des fêtes et une excellente année 2009 !



Lyne

Professeure agrégée, Faculté de pharmacie, Université de Montréal
Titulaire de la Chaire sanofi aventis en soins pharmaceutiques ambulatoires
Directrice, Équipe de recherche en soins de première ligne du CSSS de Laval



Julie



Josée



Caroline



Danielle



Marie-Noël



Nathalie



Djamal

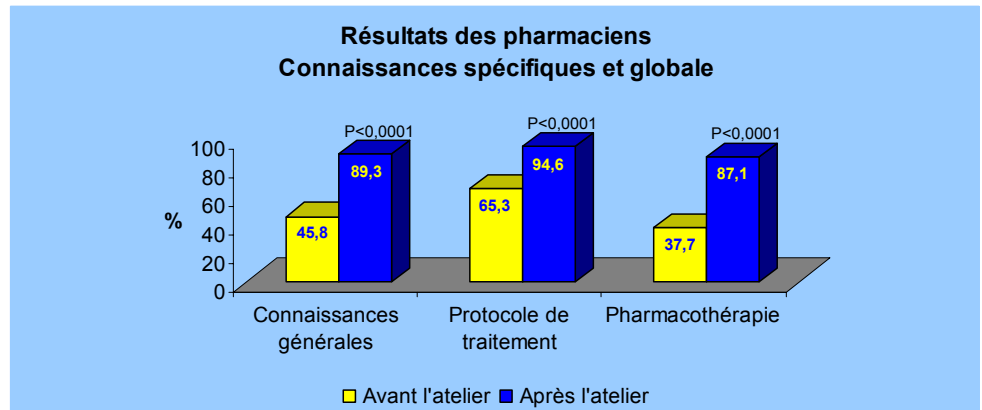


Chantal

Faut-il former les pharmaciens pour appliquer le « suivi conjoint » ?

LES FAITS SAILLANTS :

Avant l'atelier, les pharmaciens étaient peu familiers avec plusieurs notions de base requises pour effectuer des ajustements posologiques, notamment, l'évaluation du risque de maladies coronariennes, la définition des cibles lipidiques visées et la gestion des effets secondaires (douleurs musculaires et élévation des enzymes hépatiques).



Cependant, après avoir participé à un atelier d'une journée, et en utilisant les outils cliniques proposés, les pharmaciens ont grandement amélioré leurs connaissances et ont acquis les habiletés cliniques nécessaires pour offrir ce genre de suivi. D'ailleurs, nous avons noté très peu de dérogations au protocole de traitement.

Les pharmaciens rencontrés en petit groupe ont rapporté avoir particulièrement aimé l'aide-mémoire TEAM. On y retrouve un résumé du protocole de traitement, des algorithmes de gestion des douleurs musculaires et des élévations des enzymes hépatiques, ainsi qu'une foule d'informations utiles. Tous les outils TEAM sont disponibles gratuitement à l'adresse WEB www.recherchepl.ca.

ABRÉGÉ :

Title: Physician-pharmacist collaborative care in the management of dyslipidemia: Knowledge and skills of community pharmacists

Authors: Villeneuve J, Genest J Jr, Lamarre D, Vanier MC, Lussier MT, Hudon E, Blais L, Perreault S, Lalonde L



Objective: To evaluate pharmacists' knowledge on dyslipidemia before and after a one-day workshop on dyslipidemia and their clinical skills after the workshop.

Design: Pre-post evaluation.

Setting: Community pharmacies.

Subjects: Fifty-eight community pharmacists recruited in a randomized controlled trial.

Intervention: Before and after the workshop, pharmacists (n=58) completed a knowledge questionnaire about treatment

recommendations (7 questions) and pharmacotherapy management (17 questions). After the workshop, their clinical skills were evaluated using a vignette approach (n=58) and direct observation of their clinical interventions with study patients (n=28).

Results: Knowledge scores were low before the workshop and increased significantly afterwards (overall score: 45.8% to 89.3%, $p<0.0001$; treatment recommendation: 65.3% to 94.6%, $p<0.0001$; pharmacotherapy management: 37.7% to 87.1%, $p<0.0001$). After the workshop, the ability of pharmacists to provide advanced care in concordance with the treatment protocol was high with a mean overall theoretical-skills score of 91.2% and individual practical-skills scores ranging from 92.9% to 100%.

Conclusion: A short and well-structured workshop, supported by a treatment protocol and specific clinical tools, was sufficient to adequately prepare community pharmacists to provide advanced pharmaceutical care to patients with dyslipidemia in the context of a randomized controlled trial.

PRÉSENTATIONS LORS DE CONGRÈS :

- 1^{ère} journée étudiante du Groupe de Recherche Universitaire sur le Médicament (GRUM). Montréal, mars 2006.
- 3rd Canadian Joint Therapeutics Congress CSCP-CAPT-CCCP. Toronto, mai 2006.
- 63th Annual meetings and conference of the Association des facultés de pharmacie du Canada. Edmonton, juin 2006.
- 2^e Colloque annuel du Réseau Québécois de Recherche sur l'Usage du Médicament (RQRUM). Québec, juin 2006.
- 22nd International conference on pharmacoepidemiology and therapeutic risk management. International society of pharmacoepidemiology (ISPE). Lisbonne, août 2006.

Combien coûte le « suivi conjoint » ?

LES FAITS SAILLANTS :

Une analyse réalisée à partir de données intérimaires nous indique qu'en tenant compte des visites médicales, des tests de laboratoire et des hypolipémiants, le coût annuel d'un « suivi habituel » est de **580,31 \$**. Chez les patients du groupe « suivi conjoint », il faut également tenir compte des coûts associés au suivi fait par le pharmacien. Ainsi, le « suivi conjoint » coûte **698,90 \$**, si on ne tient pas compte de la formation, soit **119,11 \$ de plus** que le « suivi habituel ».

En moyenne, les pharmaciens du groupe « suivi conjoint » ont rencontré chaque patient à trois ou quatre reprises et ont demandé deux profils lipidiques.

Il n'existe pas beaucoup de données concernant le coût d'un suivi pharmaceutique avec ajustement posologique. Il est donc difficile de se comparer. Cependant,

selon le Dre Linda Strand, aux États-Unis, les pharmaciens ont réclamé en moyenne 90,00 \$ pour offrir une consultation dans le cadre du programme américain de gestion de la pharmacothérapie (« Medication Therapy Management Services »). Le coût de notre intervention semble donc réaliste.

Coût total, moyenne par patient (\$)	Groupe « Suivi conjoint »	Groupe « Suivi habituel »
Suivi par le pharmacien, avec formation	404,07 \$	—
Suivi par le pharmacien, sans formation	83,40 \$	—
Suivi par le médecin	52,30 \$	74,70 \$
Traitement hypolipémiant	563,20 \$	505,46 \$
Coût total, avec formation	1 019,57 \$	—
Coût total, sans formation	698,90 \$	580,31 \$

ABRÉGÉ :

Title: Cost analysis of a physician-pharmacist collaborative care model for patients with dyslipidemia: a cluster randomized controlled trial

Authors: Villeneuve J, Perreault S, Blais L, Berbiche D, Hudon E, Lussier MT, Vanier MC, Lamarre D, Genest J Jr, Lalonde L



De gauche à droite: Josée Robillard, Julie Villeneuve, Caroline Le Pottier et Marie-Noël Lachambre.

Background: Family physician-community pharmacist collaborative care (PPCC) may improve the management of dyslipidemia in primary care. In this model of care, physician is responsible for the diagnosis and prescription of lifestyle changes and lipid-lowering pharmacotherapy, while pharmacist initiates treatment, requests appropriate laboratory tests, monitors effectiveness, safety, and adherence to treatment, and adjust medication dosage accordingly. To our knowledge, no studies have evaluated the incremental healthcare costs of this model of care.

Methods: Using interim data from a cluster randomized controlled trial (TEAM study) evaluating the efficacy of PPCC versus usual care (UC) for patients with dyslipidemia, the patient mean annual direct healthcare costs included the costs of pharmacists' follow-up (pharmacists' training, pharmacists' visits, laboratory tests), physicians' follow-up (physician visits, laboratory tests), and lipid-lowering pharmacotherapy. An incremental overall cost was obtained using multivariate and multilevel analysis of costs in log scale.

Results: At the time of this analysis, 15 clusters of physicians and pharmacists participated (PPCC: 27 physicians, 28 pharmacists, 67 patients; UC: 24 physicians, 21 pharmacists, 100 patients). The mean annual cost of the PPCC pharmacists' follow-up was equal to \$404.07 per patient, including \$320.67 for the pharmacists' training. The overall cost was \$1 019.57 ± \$236.05 and \$698.90 ± \$236.05 per PPCC patient with and without the cost for the pharmacist training, respectively, and \$580.31 ± \$312.08 per UC patient. The adjusted incremental overall cost was \$421.01 per patient (p<0.0001), and \$119.11 (p=0.0006) when excluding pharmacists' training.

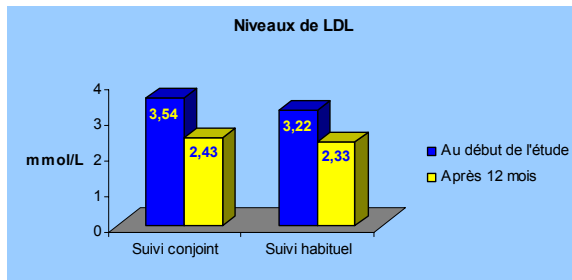
Conclusion: In primary care, PPCC can be offered to patients with dyslipidemia at a reasonable cost.

PRÉSENTATIONS LORS DE CONGRÈS :

- International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) 13th Annual International Meeting. Toronto, mai 2008 (**Finaliste pour le prix de la meilleure affiche**).
- 4^e Colloque annuel du Réseau Québécois de Recherche sur l'Usage du Médicament (RQRUM). Québec, mai 2008.

Le « suivi conjoint » est-il plus efficace que le « suivi habituel » ?

LES FAITS SAILLANTS :



Au départ, les patients du groupe « *suivi conjoint* » avaient une dyslipidémie plus sévère que ceux du groupe « *suivi habituel* ». Leur LDL était plus élevé (3,54 vs 3,22 mmol/L) ainsi que leur cholestérol total (5,73 vs 5,39 mmol/L). De plus, les patients du groupe « *suivi conjoint* » ont été plus nombreux à être traités avec des statines moins puissantes (88,9% vs 60,3%).

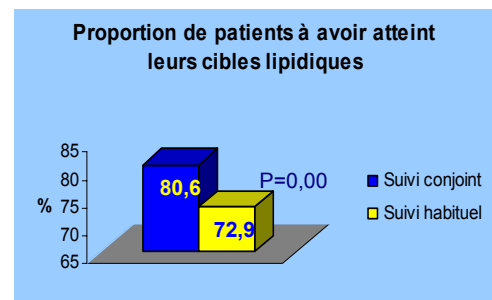
Chez les patients des deux groupes, nous avons observé une baisse des niveaux de LDL et du ratio cholestérol total/HDL. De plus, chez les patients du groupe « *suivi habituel* », nous avons noté une diminution du HDL (-0,05 mmol/L) et une légère augmentation de la tension artérielle diastolique (1,6 mmHg) et de leur circonférence abdominale (3 cm).

Après un an, le LDL a chuté de -1.11 mmol/L chez les patients du groupe « *suivi conjoint* » et de -0.89 mmol/L chez les patients du groupe « *suivi habituel* ». Cependant, après ajustement, la différence entre les groupes n'est plus statistiquement significative.

Même si plus de patients du groupe « *suivi conjoint* » étaient traités avec des statines moins puissantes, après un an, ils étaient plus nombreux à avoir atteint leurs cibles lipidiques (80,6 % vs 73,5 %). Après ajustement, cette différence est statistiquement significative.

Même si plus de patients du groupe « *suivi conjoint* » étaient traités avec des statines moins puissantes, après un an, ils étaient plus nombreux à avoir atteint leurs cibles lipidiques (80,6 % vs 73,5 %). Après ajustement, cette différence est statistiquement significative.

Les patients du groupe « *suivi conjoint* » ont eu plus d'ajustements posologiques et ont été beaucoup plus nombreux à rapporter des changements positifs de leurs habitudes de vie. Ceci pourrait expliquer l'efficacité accrue du « *suivi conjoint* ».



ABRÉGÉ :

Title: A cluster randomized controlled trial to evaluate an ambulatory primary care management program for patients with dyslipidemia: TEAM study

Authors: Villeneuve J, Genest J Jr, Fredette M, Blais L, Perreault S, Berbiche D, Lamarre D, Lussier MT, Vanier MC, Hudon E, Lalonde L

Background: Dyslipidemia management in primary care is often sub-optimal. New Quebec (Canada) legislation increases the potential for family physician-community pharmacist collaborative care (PPCC). We hypothesized that PPCC can improve the management of dyslipidemia.

Methods: In a randomized controlled trial, clusters of physicians and pharmacists within the same geographical area were randomly assigned to the PPCC or the usual care (UC) group. PPCC pharmacists attended a one-day workshop and successfully completed a clinical skills evaluation. In the PPCC intervention, the physicians are responsible for the diagnosis and the prescription of lipid-lowering pharmacotherapy, while the pharmacists initiate treatment, request appropriate laboratory tests, monitor effectiveness, safety, and adherence to treatment, and adjust medication dosage accordingly. In PPCC, physician-pharmacist communication procedures were pre defined to enhance professional collaboration. Moderate and high CHD risk patients initiating statin treatment or currently on treatment but inadequately controlled were recruited and followed for one year. The primary endpoint was the mean change difference in LDL between groups after one year. Secondary endpoints included the proportion of patients at or below their target LDL and TC/HDL ratio, as defined by the Canadian Lipid Guidelines, after one year. Multilevel and multivariate regression models were used.

Results: We enrolled 15 clusters of physicians and pharmacists (PPCC: 108 patients; UC: 117 patients). The mean change in LDL after one year was -1.11 mmol/L (95%CI: -1.26 to -0.96) and -0.89 mmol/L (-0.95 to -0.83) in PPCC and UC groups, respectively. The adjusted mean change difference in LDL between PPCC and UC groups was -0.11 mmol/L (-0.34 to 0.11). After one year, 80.6% of PPCC patients and 73.5% of UC patients were at or below their target lipid levels (adjusted RR: 1.16; 95% CI: 1.01 to 1.32). PPCC patients had more lipid-lowering pharmacotherapy changes (RR: 1.7; 95% CI: 1.1 to 2.8) and were more likely to report lifestyle changes (RR: 1.8; 95% CI: 1.4 to 2.3).

Conclusion: Our data shows that the family physician-community pharmacist collaborative care improves the adherence to the Canadian Lipid Guidelines.

PRÉSENTATION LORS DE CONGRÈS :

- American Heart Association, New Orleans, Louisiana, novembre 2008



Le « suivi conjoint », qu'en pensent les professionnels et les patients ?

LES FAITS SAILLANTS :

► Patients

Satisfaction globale

- Haut niveau d'appréciation
- Intervention trop courte

Un suivi V.I.P. !

- Suivi régulier et systématique
- Différences par rapport au médecin :
 - Plus accessible
 - Meilleure compréhension du problème de santé

La relation pharmacien-patient

- Communication facile
- Professionnel fiable
- Relation privilégiée qui se poursuit après l'étude

Moi, la pharmacienne m'expliquait plus les résultats des tests que le médecin ; le médecin les regardait, il disait : ton cholestérol est pas pire, il faut que tu fasses attention. [...] la pharmacienne, elle expliquait tout ça : tu fais 4 [...] on veut avoir un objectif de 2 point quelque chose [...] C'est de même que j'ai pris conscience comment ça fonctionnait, le cholestérol. (Patient)

► Pharmaciens

Satisfaction globale

- Haut niveau d'appréciation
- Nécessaire pour les patients
- Laborieux et non approprié pour tous les patients

Un suivi efficace

- Bien structuré
- Cibles lipidiques atteintes plus rapidement

La relation pharmacien-patient

- Relation de confiance
- Déborde du cadre de l'étude
- Attachement mutuel qui crée un sentiment d'appartenance au pharmacien et à la pharmacie

Nouveau rôle professionnel

- Confiance envers leur habileté clinique

C'est devenu « notre » patient, c'est pas juste « un » patient, c'est le nôtre. Autant c'est intéressant pour lui, mais je pense que ce l'est encore plus pour nous autres. (Pharmacien)

► Médecins

Satisfaction globale

- Bénéfique pour les patients
- Inévitable à cause de la pénurie de médecins

Efficacité

- Cibles lipidiques atteintes plus rapidement
- Idéal pour les patients "non-adhérents"

Innocuité

- Parfait pour des problèmes spécifiques comme la dyslipidémie
- Pharmaciens bien formés

On est pas mal occupés. Des fois, il y a des délais dans prescrire les tests, revoir les patients... Donc, j'aimais cette structure-là où le patient était très bien suivi, [...] puis je pense que le pharmacien est 100 % apte à le faire, donc j'étais très à l'aise de déléguer. C'est dans un but d'efficacité, de travail d'équipe et d'efficacité, puis je trouve que c'est gagnant pour le patient, puis c'est gagnant pour le médecin, puis le pharmacien, ça lui donne un rôle qui convient tout à fait à ce qu'il a fait comme études et tout ça. (Médecin)

ABRÉGÉ :

Title: Physician-pharmacist collaborative care in cardiovascular disease prevention: A qualitative study nested within a cluster randomized controlled trial

Authors: Lalonde L, Hudon E, Bélanger D, Goudreau J, Villeneuve J, Blais L, Perreault S, Lamarre D.

Background: TEAM study, a cluster randomized controlled trial (RCT), evaluates the effectiveness of a pharmacist-physician collaborative care (PPCC) to dyslipidemia patients. The physician is responsible for the diagnosis and prescription of pharmacotherapy, while pharmacist initiates treatment, monitors effectiveness, safety and adherence to treatment and adjusts medication dosage accordingly.

Objective: Explore the perception of physicians, pharmacists and patients of the PPCC.

Methods: Focus groups with patients (n=12) and pharmacists (n=12) and individual interviews with physicians (n=7) assigned to the PPCC intervention were conducted. Verbatim were transcribed and analysed using a phenomenological approach.

Results: All reported that PPCC was more structured and systematic than the usual approach. Patients felt they received better follow-up and reported being reassured, well informed about their condition and the need for treatment, which make them more inclined to take better care of themselves. These were largely attributed to the accessibility of pharmacists as well as their ability to communicate easily. Considering the shortage of physicians, physicians perceive interprofessional collaboration as almost inevitable. They considered the PPCC as safe and effective and appreciated the mode of communication with the pharmacists, while the latter perceived it as mostly unilateral. However, they are afraid that it may alter their privileged relationship with patients and may constitute a threat against their overall medical follow-up of patients. Although they felt enthusiastic with this new role, pharmacists found PPCC time-consuming and may not be applicable to all patients.

Discussion: Patients highly appreciated the PPCC and professionals perceived it as beneficial for patients.

Conclusion: Within a RCT, the PPCC model was perceived as positive by patients, pharmacists and physicians. The real-life applicability of PPCC in primary care remains to be defined.

PRÉSENTATIONS LORS DE CONGRÈS :

- CPhA 96th Annual National Conference. Canadian Pharmacists Association. Victoria, mai 2008
- IX^e Conférence mondiale de pharmacologie clinique et thérapeutique (CPT). Québec, juillet 2008
- 36th North American Primary Care Research Group (NAPCRG) Annual Meeting. Puerto Rico, novembre 2008

Équipe de chercheurs

Chercheuse principale

Lyne Lalonde, B.Pharm., Ph.D.

Co-chercheuse et coordonnatrice

Julie Villeneuve, B.Pharm., M.Sc.

Co-chercheurs

Lucie Blais, Ph.D.
Jacques Genest, M.D., FRCP (C)
Eveline Hudon, M.D., M.Ci.Sc.
Diane Lamarre, B.Pharm., M.Sc.
Marie-Thérèse Lussier, M.D., M.Sc.
Sylvie Perreault, B.Pharm., Ph.D.
Marie-Claude Vanier, B.Pharm., M.Sc.

Agentes de recherche

Josée Robillard, M.Sc.
Danielle Bélanger, M.A.

Financement

Instituts de recherche en santé du Canada
AstraZeneca Canada Inc.
Merck Frosst Canada Ltd.
Pfizer Canada Inc.

Étude supportée par

Ordre des pharmaciens du Québec
Collège des médecins du Québec
Association québécoise des pharmaciens propriétaires
Collège québécois des médecins de famille
Faculté de pharmacie, Université de Montréal
Département de médecine familiale, Université de Montréal

Y aura-il d'autres publications ?

Oui, deux autres publications sont en cours de rédaction.

Connaissances et conflit décisionnel des patients de l'étude TEAM

Les patients de l'étude TEAM ont eu à répondre à un questionnaire au début et à la fin de l'étude. Ce questionnaire a mis à l'épreuve :

- leur niveau de connaissances face aux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires en général et face à leurs facteurs de risque personnels
- leur perception des risques
- leur niveau de conflit décisionnel face au traitement médicamenteux

De plus, les patients et les pharmaciens du groupe « *suivi conjoint* » ont été invités à un groupe de discussion pour décrire leur perception du « *suivi conjoint* » et de l'utilisation d'un outil d'aide. Ces résultats feront l'objet d'une publication prochaine.

Étude de cohorte TEAM

Dans le cadre de l'étude TEAM et à l'aide de données gracieusement fournies par IMS Health Canada, nous pourrions savoir si la participation à un essai clinique peut modifier les pratiques de prescriptions des médecins.

Une étude de cohorte est en cours de réalisation. 53 médecins participants à TEAM seront comparés à 1 558 médecins non participants. Ces derniers ont été appariés aux médecins TEAM selon le site géographique, le genre, l'année de graduation et le type de pratique.

Les pratiques de prescription seront comparées un an avant, pendant et jusqu'à un an après l'étude TEAM. Des données sont déjà disponibles et nous pourrions procéder aux analyses finales au début de l'année 2009. Nous pourrions ainsi vérifier si la participation à l'étude TEAM a influencé le traitement des dyslipidémies, même chez les patients qui n'ont pas participé à l'étude.

D'autres projets sont-ils prévus ?

Notre programme de recherche vise essentiellement à développer et évaluer des modèles de soins pharmaceutiques axés sur une collaboration interprofessionnelle, bien intégrés aux services de première ligne et centrés sur le patient. Dans ce contexte, trois nouveaux projets verront le jour.

- **Optimisation de la gestion de la douleur chronique en soins ambulatoires de première ligne** (Fonds obtenus)
- **Étude ProFiL II: Évaluation d'un programme de formation et de liaison entre les pharmaciens communautaires et les équipes de soins de prédiabète: un essai clinique multicentrique, contrôlé et randomisé par grappes** (Fonds demandés)
- **Impact d'une clinique de promotion de la santé osseuse en pharmacie communautaire sur les pratiques préventives : un essai clinique multicentrique, contrôlé et randomisé par grappes** (Fonds demandés)

Si vous êtes intéressés à participer à ces projets ou si vous avez des suggestions de projets, n'hésitez pas à me contacter (lyne.lalonde@umontreal.ca).