

Effizienz des soins pharmaceutiques dans l'amélioration de l'adhésion au traitement par antidépresseurs

Objectif

Évaluer l'effizienz des soins pharmaceutiques dans l'amélioration de l'adhésion au traitement par antidépresseurs.

Plan de l'étude

Revue systématique des essais cliniques randomisés et contrôlés évaluant l'impact de l'activité pharmaceutique sur l'adhésion au traitement par antidépresseurs (AD)¹.

Participants

La sélection des essais a été faite de façon indépendante par deux investigateurs dont l'un a mené la recherche sans connaître les auteurs ni les journaux des essais publiés. La stratégie de recherche a été effectuée sans restriction de langues, à l'aide de quatre bases de données, soit MEDLINE, Cochrane Central Register of Controlled Trial, Institute for Scientific Information Web of Knowledge et Spanish National Research Council, depuis leur début d'indexation respectif jusqu'à avril 2010. Une recherche manuelle a également été engagée à l'aide des listes de référence. Des ressources de l'industrie pharmaceutique et des universités ont aussi été consultées afin de déterminer des références pertinentes complémentaires.

Les études réalisées chez des patients ambulatoires souffrant d'une dépression diagnostiquée cliniquement ou par un entretien psychiatrique valide, ayant conduit à l'instauration ou à la poursuite d'un traitement par AD et dont la prise en charge a entraîné l'octroi de soins pharmaceutiques (SP), ont été incluses. Les soins prodigués incluaient des conseils aux patients, des suivis et ajustements de posologies, ainsi que la gestion des effets indésirables. Il n'y a pas eu de restriction concernant le type d'AD, l'âge, le sexe ou l'ethnie ni le lieu de réalisation des SP (toute pratique ambulatoire). De même, tous les moyens permettant d'évaluer l'adhésion ont été acceptés.

Les études exclues comprennent celles dans lesquelles le rôle du pharmacien est centré sur le médicament ou n'est pas clairement établi (p. ex., prise en charge interdisciplinaire avec rôle du pharmacien non défini), ou dans lesquelles les SP ne sont pas dispensés au patient lui-même (p. ex., interventions réalisées plutôt auprès du médecin, de la famille), n'ont tout simplement pas lieu (p. ex., détermination de

problèmes liés à la pharmacothérapie sans interventions), ou encore sont faits à l'hôpital.

Interventions

À partir d'une grille standardisée, deux investigateurs travaillant indépendamment ont vérifié la qualité méthodologique des études recensées en tenant compte de trois critères: la répartition aléatoire, le double insu et le déroulement de l'étude. Un troisième investigateur a été utilisé en cas de désaccord. Pour chaque étude, ces experts ont également extrait les éléments clés incluant le design, la durée de l'étude, le lieu de pratique, la taille de l'échantillon, le nombre de pharmaciens, le type d'intervention, les résultats d'impact incluant l'adhésion (selon le dossier pharmacologique, par contenant à décompte électronique ou par autodéclaration des patients), le type d'analyse (par protocole ou selon l'intention de traiter). Les auteurs ont utilisé des analyses appropriées pour les variables continues et dichotomiques et tenu compte de l'hétérogénéité des données. En ce qui concerne le traitement des données aux fins de méta-analyse, les auteurs ont respecté les lignes directrices PRISMA.

Résultats

Parmi les 438 études définies au départ, six ont répondu aux critères d'inclusion et ont été retenues pour l'analyse. Au total, 1049 patients ont été répartis aléatoirement; toutefois, seulement 887 d'entre eux (52 % dans le groupe intervention) ont été retenus en méta-analyse, compte tenu du critère d'analyse par protocole (les patients ne sont analysés que s'ils respectent complètement le protocole et que toutes les données prévues sont disponibles) pour une durée de suivi de six mois ou plus.

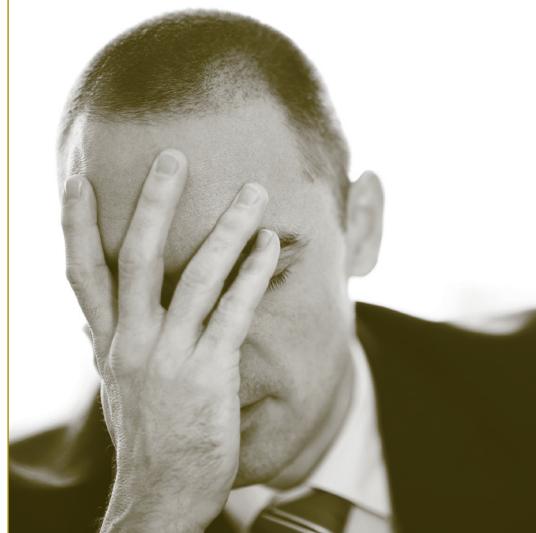
Il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques entre les groupes témoin et intervention. Toutefois, il existe des différences entre ces groupes en ce qui concerne l'usage préalable de psychotropes, l'exposition préalable à des AD ou la proportion de patients avec dépression majeure dans au moins une des études incluses pour chacun de ces aspects. Tous les patients inclus dans l'analyse présentaient une dépression (74 % en instauration de traitement et 26 % en entretien) diagnostiquée dans la moitié des études par une méthode validée selon les critères du DSM-IV. Les

Texte rédigé par **Emmanuelle Delage**, interne en pharmacie, Université Montpellier, et assistante de recherche à l'Unité de recherche en pratique pharmaceutique, CHU Sainte-Justine, et **Jean-François Bussiès**, B. Pharm., M. Sc., MBA, FCSHP, chef du département de pharmacie et de l'Unité de recherche en pratique pharmaceutique, CHU Sainte-Justine, et professeur titulaire de clinique, Faculté de pharmacie, Université de Montréal.

Texte original soumis le 24 octobre 2011.

Texte final remis le 28 novembre 2011.

Révision: Nicolas Paquette-Lamontagne, B. Pharm., M. Sc., MBA, PMP.



« De 2005 à 2009, la prévalence de l'usage des antidépresseurs chez les adultes québécois couverts par le régime public d'assurance médicaments a augmenté de 8,3 % . »

auteurs n'ont pas noté de différence statistiquement significative en ce qui concerne l'hétérogénéité entre les études. On a calculé un rapport de cote favorable de SP sur l'adhésion en dépression, avec une valeur de 1,64 (IC 95 % – 1,24 à 2,17 – $p < 0,001$). Ainsi, les patients exposés à des SP ont 1,6 fois plus de chances d'observer leur traitement que ceux qui n'y sont pas exposés. Notons par ailleurs qu'aucune différence statistiquement significative n'a été notée lors de sous-analyses par types de lieu de pratique, de mesure diagnostique de la dépression, de mesure d'adhésion ou encore d'analyse statistique.

Discussion

Les résultats de cette méta-analyse suggèrent sans surprise un effet positif des SP sur l'adhésion au traitement par antidépresseurs chez les patients dépressifs. Ces résultats confortent ceux de l'étude réalisée par Bower et coll. en 2006. Les auteurs mettent en évidence quatre mises en garde découlant de leurs travaux : 1) l'amélioration de l'adhésion ne confirme pas forcément une amélioration des symptômes et du traitement de la dépression; 2) bien que les tests statistiques utilisés pour vérifier l'hétérogénéité ne soient pas significatifs, les auteurs reconnaissent le nombre limité d'études et de patients inclus, ce qui limite la portée des résultats calculés; 3) la durée de suivi pharmaceutique est courte (six mois), ce qui limite la capacité de généraliser les résultats dans le temps; 4) les études ont été menées principalement dans un seul pays (États-Unis). En outre, il convient de noter la confusion qui peut exister entre les concepts d'observance (prise conforme à l'ordonnance, aussi appelée « compliance »), de persistance (prise conforme à l'ordonnance qui dure dans le temps) et d'adhésion (combinaison d'observance et de persis-

tance). Cette revue systématique tient compte d'une mesure de l'adhésion avec plus d'une mesure dans le temps, sachant que la non-adhésion au traitement peut avoir un impact sur les résultats de santé.

Dans un rapport de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux sur l'utilisation des antidépresseurs publié en 2011, on peut lire que « de 2005 à 2009, la prévalence de l'usage des antidépresseurs chez les adultes québécois couverts par le régime public d'assurance médicaments a augmenté de 8,3 %, passant de 13,3 % à 14,4 %. Parmi les utilisateurs d'antidépresseurs, 345 558 étaient nouveaux de 2005 à 2009. Globalement, 50 % de ces nouveaux utilisateurs avaient 60 ans ou plus et les femmes en représentaient environ les deux tiers. Aucun diagnostic de maladie mentale entraînant fréquemment la prescription d'antidépresseurs n'a été trouvé dans les banques de données à la date index ou durant les trois mois précédant celle-ci pour 63 % des nouveaux utilisateurs. Les diagnostics les plus fréquents durant la même période étaient la dépression majeure (15 %) et les troubles anxieux (14 %). De 2005 à 2009, 338 322 parmi les 345 558 nouveaux utilisateurs d'AD, soit la presque totalité (98 %), n'ont reçu qu'un seul médicament au début du traitement. En monothérapie, les traitements initiaux par le citalopram (24 %), les tricycliques et dérivés (23 %), la venlafaxine (18 %) et le trazodone (13 %) étaient les plus fréquents. La persistance globale des nouveaux utilisateurs en matière de traitement antidépresseur à 15 jours, 30 jours, 2 mois, 3 mois, 4 mois, 6 mois, 1 an et 2 ans était respectivement de 94 %, 63 %, 57 %, 49 %, 45 %, 39 %, 28 % et 20 %.

Aussi, il existe peu de données canadiennes sur l'implication des pharmaciens en santé mentale. Dans le *Rapport 2009-2010 sur*

les pharmacies hospitalières canadiennes (www.lillyhospitalsurvey.ca), on note la présence de pharmaciens décentralisés en santé mentale dans seulement 11 % des programmes de soins ambulatoires, mais dans 57 % des programmes de soins hospitalisés.

En somme, la prise de médicaments en santé mentale est répandue et le pharmacien peut contribuer significativement à leur utilisation optimale, particulièrement en ce qui concerne l'adhésion au traitement. Bien que d'autres études soient nécessaires afin d'évaluer le type d'intervention ou de pratique pharmaceutique ayant le meilleur impact sur l'adhésion, le pharmacien doit connaître les meilleures preuves de son impact professionnel.

Conclusion

Cette revue systématique démontre un effet positif des soins pharmaceutiques sur l'amélioration de l'adhésion au traitement de patients ambulatoires traités par des antidépresseurs. ■

Référence

1. Rubio-Valera M, Serrano-Blanco A, Magdalena-Belío J, Fernández A, García-Campayo J, Pujol MM, del Hoyo YL. Effectiveness of pharmacist care in the improvement of adherence to antidepressants: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother*. 2011; 45: 39-48.

Lectures suggérées

- Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: Systematic review and meta-regression. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 484-93.
- Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: A cumulative meta-analysis and review of longer term outcomes. *Arch Intern Med*. 2006; 166: 2314-21.

QUESTION DE FORMATION CONTINUE

10) Parmi les énoncés suivants relatifs à l'évaluation de l'efficacité des soins pharmaceutiques dans l'amélioration de l'adhésion au traitement par antidépresseurs, lequel est vrai ?

- A. Il n'y a pas de confusion entre les concepts d'observance et de persistance.
- B. L'observance est la prise d'un médicament conformément à l'ordonnance, en tenant compte du temps.
- C. La persistance est la prise d'un médicament conformément à l'ordonnance, à un moment donné.
- D. L'adhésion est une combinaison d'observance et de persistance.
- E. La persistance globale des nouveaux utilisateurs en matière de traitement antidépresseur à 6 mois est d'environ 50 %.

Répondez en ligne sur www.professionsante.ca, section Ma FC en ligne; rechercher Québec Pharmacie, septembre 2012. Vous avez jusqu'au 9 septembre 2013 pour répondre et obtenir 4 UFC. ▶