

» La marijuana thérapeutique : que devons-nous faire maintenant?

Avec l'arrivée imminente de l'année 2018, le Canada s'apprête à faire face à une toute nouvelle réalité : la légalisation de la marijuana. À compter du 1^{er} juillet prochain, cette substance pourra en effet être consommée en toute impunité au pays. Si la prochaine fête du Canada s'annonce fort joyeuse pour certains, d'autres craignent en revanche les conséquences de la légalisation du cannabis sur notre société. Ce changement de paradigme majeur aura en effet des répercussions sur notre vie familiale, vie professionnelle... et même nos régimes de garanties. Ce dernier aspect nous amène à nous pencher sur la question de la marijuana thérapeutique. Cet enjeu n'est pas le même que la décriminalisation de la consommation à des fins récréatives, mais il sera certainement plus souvent abordé le jour où le grand public, y compris les membres de notre régime, traitera de ces deux enjeux indifféremment (ce qui se produira inévitablement).

Bien que nous ayons déjà rédigé un article de fond à ce sujet – voir *Le fond de l'histoire^{MD}* de décembre 2014 –, nous voulons revenir sur la question de la marijuana thérapeutique et le fait qu'elle finira forcément par influencer sur nos régimes de garanties de soins de santé autrement qu'elle le fait en ce moment (c'est-à-dire le remboursement par les comptes de frais pour soins de santé). Nous voulons aussi faire savoir aux promoteurs de régime de GSC que nous leur donnerons un choix en ce sens en 2018. Mais vous devez lire l'article jusqu'à la fin (bon, si vous êtes du genre impatient, vous pouvez sauter tout de suite à la conclusion pour savoir de quoi il en retourne)!

La couverture de la marijuana thérapeutique aujourd'hui

Pour nous qui travaillons dans l'univers des garanties de soins de santé, l'une des principales sources d'irritation dans le dossier de la marijuana thérapeutique réside dans le fait que Santé Canada n'a pas approuvé cette plante comme médicament. Il ne lui a pas non plus attribué de numéro d'identification de médicament (DIN), ce que possèdent tous les médicaments qui figurent dans les formulaires de notre industrie.

Le b. a.-ba de la marijuana thérapeutique

- Le cannabis – qu'on désigne aussi par son nom usuel, la marijuana – est une matière qui s'apparente au tabac et qui provient des sommités fleuries, des feuilles, des tiges et des fruits séchés d'une plante nommée *Cannabis sativa*.
- Le recours à la « marijuana médicale » consiste à utiliser l'ensemble de la plante non transformée et les substances chimiques qu'elle contient pour atténuer les symptômes de certains problèmes de santé ou maladies.

Mais cela n'empêche pas les Canadiens de recourir à la marijuana thérapeutique aujourd'hui. Et nous la remboursons par l'intermédiaire des comptes de frais pour soins de santé. Quelle démarche doit suivre un patient pour avoir accès à la marijuana thérapeutique? Tout d'abord, un médecin doit remplir un formulaire faisant état de la quantité de marijuana que le patient est autorisé à consommer, de la variété de la plante et de la période d'utilisation. Un producteur autorisé expédie ensuite la marijuana au patient par la poste. Le médecin a le choix entre différents produits, et le patient peut consommer la marijuana de diverses façons (en la fumant, la vaporisant, l'ingérant ou appliquant des crèmes à usage topique, par exemple). En règle générale, le coût par gramme est de 8 \$ à 12 \$ selon le producteur autorisé et le produit. Nous remboursons les demandes de règlement en nous basant sur ces normes.

Face à cette toute nouvelle réalité, quelles mesures devront prendre les promoteurs de régime?

Eh bien, plusieurs, en fait... sinon quelques-unes... ou aucune. Il y aura assurément divers points de vue à ce sujet. Voici cependant certains éléments à prendre en considération lorsqu'on envisage d'intégrer le remboursement de la marijuana thérapeutique à un régime de garanties (autrement que par l'intermédiaire d'un compte de frais pour soins de santé) :

1. La marijuana thérapeutique n'est pas un remède miracle à l'épidémie d'abus d'opioïdes. Les lignes directrices thérapeutiques actuelles considèrent la prescription de la marijuana thérapeutique comme un adjuvant, et non une solution de rechange, au traitement par des opioïdes. Du reste, les données probantes selon lesquelles la consommation d'opioïdes diminuerait avec l'utilisation de marijuana thérapeutique sont, au mieux, hypothétiques;
2. Avec la légalisation prochaine de la marijuana, le risque que la marijuana thérapeutique soit détournée à des fins récréatives augmente;
3. La consommation de marijuana, qu'elle ait une visée thérapeutique **ou** récréative, a des effets manifestes sur la santé. Outre les effets à court terme (perte d'équilibre, confusion, somnolence ou nausées, entre autres), il existe des conséquences psychoactives et neurocognitives à long terme qui, à ce jour, ne sont pas entièrement connues;
4. Selon les projections, cette garantie sera passablement coûteuse. En supposant qu'un patient consomme en moyenne trois grammes par jour et que le coût moyen par gramme est de 9 \$¹, disons, les coûts annuels pour un membre du régime avoisineront 10 000 \$. Selon les normes de GSC, le membre du régime figurerait dès lors dans la catégorie des demandeurs associés à des coûts élevés;
5. Enfin, parlons données probantes (un sujet toujours prisé chez GSC) : les études récentes sur la consommation de marijuana thérapeutique présentent pour la plupart des lacunes quantitatives et qualitatives. Cela dit, il faut préciser que certaines indications ont fait l'objet d'études plus poussées que d'autres et sont donc associées à davantage de données probantes; c'est notamment le cas de l'utilisation de la marijuana pour le traitement de la douleur neuropathique et de certains effets indésirables liés à la sclérose en plaques et au cancer.

Par ces mises en garde, nous ne voulons pas laisser entendre que le remboursement de la marijuana thérapeutique devrait être exclu des régimes de garanties. Les personnes souffrant des maladies mentionnées plus haut (et atteintes d'autres problèmes de santé aussi, sans doute) se tourneront vers les promoteurs de régime pour en savoir plus sur l'accès à la marijuana thérapeutique. Nous croyons donc qu'il serait fort à propos que tous les intervenants concernés – conseillers, promoteurs et assureurs – réfléchissent sérieusement à la façon dont ils peuvent soutenir cette population de patients.

En 2018, GSC proposera une option de remboursement de la marijuana thérapeutique à ses promoteurs de régime

Au début de 2018, GSC présentera un nouveau produit à ses promoteurs de régime. Ce produit vise à proposer un plus grand nombre d'options d'intégration du remboursement de la marijuana thérapeutique aux régimes de garanties, mais avec un degré de surveillance et de rigueur nettement supérieur à celui qui caractérise actuellement les comptes de frais pour soins de santé. Voici quelques précisions générales sur ce nouveau produit :

- Le remboursement de la marijuana thérapeutique sera une garantie figurant parmi les soins de santé complémentaires. On l'a déjà mentionné, la marijuana thérapeutique n'a pas de DIN : elle ne sera donc pas remboursable dans le cadre d'un régime de remboursement des médicaments;
- Nous avons parlé plus tôt du coût de ce produit; vous ne serez donc pas étonné d'apprendre que des montants maximums seront applicables à cette garantie. Nous nous employons actuellement à fixer ces montants maximums. Dès le début de la nouvelle année, nous serons en mesure de vous exposer l'ensemble des répercussions financières de cette garantie;
- Pour toucher un remboursement, les demandeurs devront suivre un processus d'autorisation préalable et répondre à des critères applicables à certains problèmes de santé.

Quels problèmes de santé? Au début, le remboursement s'appliquera seulement aux affections suivantes :

- La douleur neuropathique chronique;
- La spasticité causée par la sclérose en plaques;
- Les nausées et les vomissements causés par la chimiothérapie contre le cancer.

Ces problèmes de santé ont été ciblés d'après les études les plus pertinentes publiées à ce jour. Le nombre d'affections admissibles pourrait augmenter avec le temps si de nouvelles données probantes sont publiées. Le cas échéant, GSC en avisera les promoteurs de régime.

Pour conclure, nous espérons que vous considérerez ce numéro de *Perspective sur les prescriptions* comme un cadeau de fin d'année. Il y a fort à parier qu'il provoquera une bonne réflexion, voire des discussions animées, pendant la période des Fêtes. Certaines de ces discussions seront peut-être alimentées par des substances tout à fait légales – bière, vin et spiritueux –, mais nous savons que nos lecteurs ne feraient JAMAIS l'essai de produits qui, pour l'heure, sont toujours illégaux (ça se passe seulement en juillet, les amis).

On se reparle en 2018!

Source :

¹ Solomon Israel, « How high will the price of legal pot be? », CBC News, le 1^{er} avril 2017. Consulté le 4 décembre 2017.

Attentes et responsabilités au comptoir de la pharmacie



Dans chaque numéro de *Perspective sur les prescriptions*^{MD}, nous rencontrons un membre de notre équipe de pharmaciens et lui posons des questions sur un sujet d'actualité. Aujourd'hui, nous discutons avec Leila Mandlsohn pour en savoir plus sur les attentes que devraient avoir les membres du régime lorsqu'ils se présentent chez un pharmacien pour faire exécuter une ordonnance.

Perspective sur les prescriptions (PSLP) : Quel plaisir de discuter de nouveau avec vous, Leila. On sait que vous avez travaillé dans un certain nombre d'environnements dans votre carrière; vous avez notamment travaillé dans des pharmacies de détail et vous êtes maintenant en milieu hospitalier. D'après votre expérience de pharmacienne, quelles sont les principales différences entre ces environnements?

Leila : En milieu hospitalier, un pharmacien entretient des liens avec les médecins, ce qui n'est généralement pas le cas dans une pharmacie communautaire. Quand le pharmacien travaille toujours avec la même équipe de cliniciens, c'est plus facile pour lui de tisser des liens avec eux et d'asseoir sa crédibilité. Les médecins savent que le pharmacien est une ressource et ils n'hésitent pas à le consulter. En milieu communautaire, c'est un peu différent. Les médecins font affaire avec une foule de pharmaciens, donc la relation avec chacun est moins personnalisée.

Aussi, à l'hôpital, j'ai accès au dossier médical du patient : il est donc plus facile de me faire une idée précise de son profil. Ça me permet aussi d'avoir un échange significatif avec le patient dès le départ. En milieu communautaire, il faut poser des questions au patient pour dresser peu à peu son profil. Il arrive que des patients trouvent toutes ces questions un peu étranges, en particulier quand ils se présentent à la pharmacie pour la première fois. De plus, souvent, les réponses obtenues ne permettent de broser qu'un portrait partiel du patient.

PSLP : Quand un client ou un patient se rend dans une pharmacie de détail avec une ordonnance, quelles sont les principales attentes qu'il est en droit d'avoir par rapport à son interaction avec le pharmacien?

Leila : Le patient doit à tout le moins s'attendre à ce que le pharmacien ou le technicien le salue et lui pose les questions qu'il faut pour avoir une bonne idée de ses antécédents médicaux : c'est ainsi que le pharmacien pourra évaluer si les médicaments prescrits sont adéquats. Le pharmacien doit aussi consigner l'information obtenue dans le dossier du patient pour ne pas que le patient ait à répéter la même chose à chaque visite.

Le patient doit s'attendre à ce que le pharmacien le considère comme un partenaire, tout comme le médecin. Il doit aussi s'attendre à ce que le pharmacien prenne le temps d'évaluer son traitement à la lumière de tous ses antécédents médicaux : ainsi, il pourra s'assurer que le traitement médicamenteux du patient ne pose aucun problème. Si le pharmacien décèle un problème, il doit prendre des mesures pour le résoudre. Le pharmacien ne doit pas se voir comme le simple exécutant des ordres d'un médecin, et il ne doit pas non plus se contenter de s'assurer de l'absence d'interactions médicamenteuses ou de contre-indications.

Quand un patient est admis à l'hôpital, je lis la documentation que nous avons à son sujet pour savoir quel est son problème de santé et déterminer s'il en a d'autres. Je vérifie tous les médicaments que prend le patient pour m'assurer que leur administration est justifiée. Si je ne vois pas pourquoi le patient prend tel ou tel médicament, je vais m'interroger sur le bien-fondé du traitement en question. Je vais aussi évaluer si tous les problèmes de santé du patient sont correctement pris en charge, et si ce n'est pas le cas, je vais poser des questions. Les pharmaciens communautaires devraient faire la même chose, c'est-à-dire collaborer avec le médecin pour s'assurer de l'adéquation d'un traitement avec un problème de santé. Si nécessaire, votre pharmacien doit donc appeler le médecin pour lui poser des questions ou lui recommander un ajout, un arrêt ou un changement de traitement.

PSLP : Les gens en général comprennent-ils que c'est là le rôle du pharmacien? Ou disent-ils plutôt : « Faites ce que le médecin dit? » Connaissent-ils assez bien le rôle du pharmacien pour savoir que c'est un expert des médicaments?

Leila : Certains patients connaissent bien notre travail, mais pas tous. Je crois d'ailleurs que ça explique les attentes de bon nombre d'entre eux à la pharmacie. Ils nous disent : « Pourquoi ça vous prend tant de temps pour exécuter mon ordonnance? Vous n'avez qu'à compter 30 pilules. » Ces patients ne s'attardent qu'à l'aspect technique de l'exécution de leur ordonnance et ne comprennent pas qu'il y a une évaluation à faire avant de procéder à la transaction. Ils doivent aussi savoir que si leur ordonnance à eux est simple, d'autres patients nécessitent peut-être des soins plus complexes et, par conséquent, plus longs. Un pharmacien consciencieux consacre le temps qu'il faut à chaque patient.

.....

PSLP : Quelles sont les responsabilités du patient?

Leila : Un patient responsable s'intéresse à son propre problème de santé et aux médicaments qu'il doit prendre. Il doit aussi déterminer l'ampleur du soutien dont il a besoin de la part de son pharmacien. Certains patients ont besoin de plus de soutien et d'attention que d'autres. Si en tant que patient vous pouvez vous occuper de certaines choses vous-même – le suivi de vos renouvellements, par exemple –, faites-le. Ne comptez pas sur le pharmacien, car d'autres patients ont peut-être besoin de soins plus soutenus que vous.

.....

PSLP : Dans le contexte du lancement des services pharmaceutiques axés sur la valeur par GSC, quel est le niveau de soins qui sera attribué aux patients membres du régime de GSC?

Leila : C'est un excellent exemple. Quand un patient a des besoins importants, nous voulons que les pharmacies lui tendent la main en lui offrant des soins plus soutenus.

.....

PSLP : Et comment allons-nous mesurer cela, au juste?

Leila : Par les paramètres de mesure relatifs au traitement de l'asthme, par exemple. En examinant nos données sur les demandes de règlement, nous pouvons dire aux pharmaciens auprès de quels membres du régime ils devraient intervenir; cela peut être parce que le traitement du patient doit être réévalué, des recommandations doivent être faites au médecin ou le patient doit être mieux informé de la façon de maîtriser son asthme. Ces paramètres de mesure aideront directement les pharmaciens à offrir une prise en charge ciblée de la maladie aux patients qui en ont le plus besoin. Cela dit, tous les patients n'ont pas besoin d'un soutien de cette ampleur.

Même chose pour le soutien en soins cardiovasculaires. Les paramètres SoutienPharmacien – Volet cardiovasculaire permettent de cibler les patients ayant deux troubles précis, soit l'hypertension et l'hypercholestérolémie. Il revient ensuite au pharmacien d'évaluer si le patient est bien pris en charge, s'il respecte son traitement et si ses habitudes de vie sont saines. Tous n'ont pas nécessairement besoin de s'asseoir avec le pharmacien pour qu'il leur présente le programme. Cela dit, quand un patient a un besoin à combler, le pharmacien a la responsabilité de l'aider à cerner ce qui cloche et déterminer comment l'aider. Le problème, aujourd'hui, c'est que bon nombre de patients ne savent pas ce dont ils ont besoin; ils ne veulent donc pas suivre le programme.

Encore une fois, tous ces paramètres devraient aider les pharmaciens à cibler les patients ayant les besoins les plus pressants pour intervenir auprès d'eux. On s'en doute, certains patients ne changeront jamais de comportement : même si on leur offre toute l'aide du monde, ils ne feront jamais ce qu'il faut. Or, il existe aussi beaucoup de patients qui, eux, sont prêts à changer : ils ont simplement besoin de quelqu'un vers qui se tourner pour recevoir un soutien constant.

.....

PSLP : Merci Leila. Au plaisir de discuter de nouveau avec vous en 2018.

REVUE DES MÉDICAMENTS CHEZ GSC

Afin de vous donner un aperçu des médicaments qui pourraient bientôt entraîner des modifications à votre régime, *Perspective sur les prescriptions* traite chaque trimestre de certains médicaments ayant récemment fait l'objet d'une révision par le Comité de pharmacologie et de thérapeutique de GSC.

CATÉGORIES DE GSC ¹	NOUVEAU MÉDICAMENT ²	RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	COÛT ³	DÉTAILS SUR LA COUVERTURE ⁴
MALADIE INFLAMMATOIRE				
Produit biologique; Coût élevé; Spécialité (palier 5)	Actemra ^{MD} (tocilizumab)	<p>L'artérite à cellules géantes (ACG) se caractérise par une inflammation des vaisseaux sanguins (appelée vascularite) qui touche généralement les vaisseaux de gros et de moyen calibre de la tête. Le débit sanguin réduit qui en résulte peut provoquer l'apparition de symptômes débilitants, dont des maux de tête, de la douleur à la mâchoire et des problèmes de vision. Si elle n'est pas traitée, la maladie peut entraîner des complications graves comme l'AVC ou la cécité.^{5,6}</p> <p>Même si sa cause exacte demeure inconnue, l'ACG est le type de vascularite générale le plus répandu, et l'âge est son facteur de risque le plus important. Bien qu'on estime le risque global d'être atteint d'ACG au cours de sa vie à environ 1 % chez les femmes et 0,5 % chez les hommes, la maladie survient rarement chez les personnes âgées de moins de 50 ans, et son incidence augmente à un taux constant jusqu'à atteindre un sommet entre 70 et 79 ans.⁶</p> <p>Avant la commercialisation d'Actemra, la norme de soins pour le traitement des poussées d'ACG consistait en l'administration rapide d'une dose élevée de corticostéroïdes pour soulager les symptômes et prévenir les complications graves. Cependant, même si les corticostéroïdes sont efficaces pour induire la rémission, leur usage à long terme a été associé à des effets indésirables (ostéoporose, glaucome, diabète, gain de poids, etc.). De plus, chez près de la moitié des patients, une rechute survenait pendant la réduction ou à l'arrêt de la corticothérapie.⁷</p> <p>Actemra répond à un besoin et est le premier médicament biologique approuvé par Santé Canada pour le traitement de l'ACG chez l'adulte. Il doit être administré une fois par semaine sous forme d'injection, en association avec un traitement par glucocorticoïdes à dose décroissante.</p>	<p>\$\$\$\$</p> <p>Environ 19 000 \$ par année</p>	<p>→ RPP pour les médicaments de spécialité</p> <p>→ Autorisation préalable requise</p>

CATÉGORIES DE GSC ¹	NOUVEAU MÉDICAMENT ²	RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	COÛT ³	DÉTAILS SUR LA COUVERTURE ⁴
CANCER				
Produit traditionnel; Coût élevé; Spécialité (palier 5)	Stivarga ^{MC} (régorafenib)	<p>Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est un type énergétique de cancer du foie qui survient souvent chez les personnes atteintes de maladies chroniques du foie sous-jacentes (comme l'hépatite B ou l'hépatite C) ou de cirrhose (lésions au foie). Une fois le diagnostic établi, la survie médiane est d'environ 6 à 20 mois⁸. Il s'agit de la troisième cause de décès du cancer la plus importante au monde et il représente environ 90 % des cancers du foie.^{9,10}</p> <p>Bien que la résection chirurgicale et la transplantation hépatique soient les traitements de choix, certains patients n'y sont pas admissibles en raison du stade avancé de leur maladie ou de l'accès restreint à la transplantation d'organes. Lorsque les traitements chirurgicaux ne conviennent plus, les lignes directrices de traitement actuelles recommandent un traitement général par Nexavar^{MD} (sorafenib). Avant la commercialisation de Stivarga, il n'existait aucune option de traitement de deuxième intention pour les personnes dont l'état s'améliorait avec le sorafenib; celles-ci étaient limitées aux meilleurs soins de soutien ou aux agents expérimentaux offerts dans le cadre d'études cliniques.</p> <p>Stivarga répond à un besoin et constitue la seule option thérapeutique approuvée par Santé Canada pour les adultes atteints de CHC non résecable ayant déjà été traités par sorafenib. Il est administré par voie orale (4 comprimés) une fois par jour pendant trois semaines d'un cycle de quatre semaines, le patient ne prenant pas le médicament la quatrième semaine.</p>	<p>\$\$\$\$\$</p> <p>Environ 75 000 \$ par année</p>	<p>→ RPP pour les médicaments de spécialité</p> <p>→ Autorisation préalable requise</p>

Notes :

¹ « Produit traditionnel » renvoie habituellement aux composés à petites molécules dérivés de la synthèse chimique et comprend des médicaments qui ne sont pas inscrits à l'annexe D de la *Loi sur les médicaments et drogues*; « Produit biologique » s'entend de médicaments produits par biotechnologie et inscrits à l'annexe D de la *Loi sur les aliments et drogues*; « Coût élevé » s'entend des médicaments assujettis aux Politiques de GSC relatives aux médicaments à coût élevé; « Spécialité (palier 5) » s'entend des médicaments associés à un coût de traitement prévu de 10 000 \$ ou plus par année (certains médicaments dont le coût avoisine ce seuil peuvent également faire partie de cette catégorie si des preuves cliniques le justifient).

² De marque (générique)

³ D'après la liste des prix courants du fabricant. Exclut la marge bénéficiaire des pharmacies et les frais d'exécution. \$: < 1 000 \$; \$\$: De 1 000 à 4 999 \$; \$\$\$: De 5 000 à 9 999 \$; \$\$\$\$: De 10 000 à 49 999 \$; \$\$\$\$\$: ≥ 50 000 \$

⁴ S'applique à tous les formulaires de médicaments, à moins d'indication contraire. RPP désigne le réseau de pharmacies privilégiées de GSC.

⁵ « Giant Cell Arteritis », Mayo Clinic, <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/giant-cell-arteritis/basics/definition/con-20023109>

⁶ « Giant Cell (Temporal) Arteritis », UpToDate, https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-giant-cell-temporal-arteritis?source=search_result&search=GCA&selectedTitle=2~121

⁷ « Glucocorticoid therapy in giant cell arteritis: Duration and adverse outcomes. » *Arthritis Care & Research* 2003; 49 (5): 703-8

⁸ « Hepatocellular carcinoma », UpToDate, https://www.uptodate.com/contents/overview-of-treatment-approaches-for-hepatocellular-carcinoma?source=search_result&search=HCC&selectedTitle=1~150

⁹ « Hepatocellular Carcinoma », Medscape, <https://emedicine.medscape.com/article/197319-overview>

¹⁰ « Hepatocellular carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. » *Annals of Oncology* 2010; 21 (Suppl 5): v59-64