



» Mesurer le rendement des pharmacies

L'été dernier, nous vous avons parlé de notre Initiative des services pharmaceutiques axés sur la valeur, une stratégie ayant pour objectif de favoriser la reddition de comptes au sein du système de santé et de veiller à ce que les membres de notre régime reçoivent des soins de la plus haute qualité possible. (Voir *Mise à jour de GSC* de juillet 2017.) La phase 1 de cette initiative consiste à mesurer le rendement des pharmacies d'après huit paramètres et à communiquer mensuellement les résultats obtenus aux pharmacies du Canada par l'intermédiaire de fiches d'évaluation de l'impact sur le patient.

Pourquoi mesurer le rendement des pharmacies?

Notre principal objectif est de nous assurer que les patients reçoivent des soins de qualité optimale à leur pharmacie. L'Initiative des services pharmaceutiques axés sur la valeur a trois grands objectifs :

- Fournir de la rétroaction sur le rendement pour favoriser l'amélioration
- Joindre les patients ayant des besoins importants
- Être en phase avec la pratique de la pharmacie, qui est en constante évolution

Ces huit paramètres, qui sont fondés sur des lignes directrices cliniques bien établies, sont divisés en trois catégories : observance thérapeutique, prise en charge des maladies chroniques et utilisation sécuritaire des médicaments. Dans les fiches d'évaluation, chaque pharmacie trouve sa propre cote de rendement fondée sur les paramètres établis ainsi qu'un objectif réaliste fixé par GSC d'après le rendement de pharmacies plus performantes. Les fiches d'évaluation comportent aussi une cote correspondant à la moyenne provinciale, de manière à permettre à la pharmacie de comparer son rendement à celui des autres pharmacies.

Les pharmacies reçoivent les fiches d'évaluation depuis octobre 2017, donc depuis huit mois. Examinons un peu les données recueillies et voyons comment les pharmacies tirent leur épingle du jeu.

Observance thérapeutique

Les paramètres d'observance sont axés sur trois maladies chroniques courantes. Sans surprise, il s'agit de l'hypertension, de l'hypercholestérolémie (taux de cholestérol élevé) et du diabète. Ces maladies sont souvent associées à une mauvaise observance thérapeutique; nous avons tous pu le constater dans les dernières études sur la santé de GSC.

Rappel : L'observance thérapeutique désigne simplement le fait de prendre ses médicaments de la manière prescrite, c'est-à-dire de prendre le bon médicament à la bonne dose pendant la durée prévue.

Le paramètre d'évaluation de l'observance, qui repose sur l'analyse des demandes de règlement soumises à GSC pour certains médicaments permettant de traiter ces maladies chroniques, détermine si la pharmacie réussit à faire en sorte que les patients membres du régime de GSC renouvellent leurs ordonnances régulièrement et sans interruption. La cote applicable à chaque paramètre reflète la proportion de patients qui suivent très bien leur traitement (c.-à-d. une observance thérapeutique d'au moins 80 % chez le patient).

Paramètre de mesure	Moyenne nationale (patients membres du régime de GSC)	Objectif de GSC	Remarque
Hypertension	82,2 %	93,4 %	Plus le score d'observance est élevé, meilleur il est, car il signifie que les patients sont plus nombreux à bien suivre leur traitement.
Hypercholestérolémie	80,6 %	92,3 %	
Diabète	79,2 %	92 %	

Prise en charge de la maladie

Les paramètres de prise en charge de la maladie, qui reposent sur les données relatives aux demandes de règlement reçues par GSC, veillent à déterminer si la pharmacie s'assure bien que les patients reçoivent les médicaments les plus efficaces et les plus appropriés pour traiter un problème de santé. Les paramètres de cette catégorie visent à évaluer si :

- les patients qui prennent des antidiabétiques prennent aussi des médicaments appelés statines pour aider à prévenir une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral (AVC);
- les patients qui souffrent d'asthme utilisent bien les médicaments qui leur ont été prescrits pour bien gérer leur maladie; (la prise en charge de l'asthme repose sur deux paramètres distincts se rapportant à l'emploi de deux types de médicaments contre l'asthme, soit un contrôleur et un médicament de secours);
- les patients qui prennent un médicament contre une maladie cardiovasculaire sont bien encadrés par leur pharmacien dans la prise en charge de leur maladie.

Paramètre de mesure	Moyenne nationale (patients membres du régime de GSC)	Objectif de GSC	Remarque
Patients diabétiques prenant des statines	71 %	77,8 %	Plus le score relatif à l'utilisation des statines est élevé, meilleur il est, car il signifie que les patients diabétiques sont plus nombreux à prendre des statines pour réduire leur risque de crise cardiaque ou d'AVC.
Patients asthmatiques dont la maladie n'est pas bien maîtrisée et qui prennent des doses élevées d'un médicament de secours	28,8 %	16,7 %	Plus le pourcentage est faible, meilleure est la cote. L'objectif est de diminuer le nombre de patients qui ont trop souvent recours à leur médicament de secours et le nombre de patients qui ne suivent pas de traitement par contrôleur.

Patients asthmatiques qui ne suivent pas de traitement par contrôleur	24,6 %	20 %	Il est préférable qu'un pourcentage plus élevé de patients bénéficient d'un soutien santé.
Patients ayant pris part au Programme SoutienPharmacien	< 1 %	10 %	

Utilisation sécuritaire des médicaments

L'utilisation de certains médicaments rend les patients âgés considérablement plus vulnérables à certains problèmes de santé graves. Par exemple, une réaction à un médicament peut causer une chute et, de ce fait, une fracture de la hanche. Le paramètre de l'utilisation sécuritaire des médicaments reflète le pourcentage de patients âgés de 65 ans et plus ayant reçu un médicament à risque élevé.

Paramètre de mesure	Moyenne nationale (patients membres du régime de GSC)	Objectif de GSC	Remarque
Utilisation d'un médicament à risque élevé	13 %	7,7 %	Pour ce paramètre, un pourcentage faible est préférable. L'objectif est de diminuer le nombre de patients qui prennent des médicaments à risque élevé.

Alors, comment les pharmacies s'en tirent-elles ?

Les cotes moyennes durant les huit premiers mois du programme permettent de dresser un portrait intéressant de l'approche actuellement préconisée par les pharmacies canadiennes quant aux services aux patients ainsi que des aspects à améliorer.

Les cotes relatives aux paramètres d'observance sont étonnamment bonnes. Ces résultats favorables témoignent du fait qu'aujourd'hui, les pharmaciens jouent un rôle plus actif dans le soutien à l'observance thérapeutique chez leurs patients. Ils reflètent également certains des efforts déployés par GSC pour améliorer l'observance thérapeutique des membres de son régime. Parmi les initiatives mises sur pied en ce sens par GSC figurent les communications ciblées relatives à des maladies en particulier, le programme Discipline2fer – notre programme numérique de rappel médicaments personnalisé – et, ne nous le cachons pas, notre politique obligeant les pharmacies à délivrer une provision de trois mois pour certains médicaments destinés au traitement de maladies chroniques.

Les cotes les plus faibles ont été relevées dans les catégories relatives à la prise en charge des maladies et à l'utilisation sécuritaire des médicaments. Ces résultats montrent que bon nombre de gens ne bénéficient pas de l'appui dont ils auraient besoin de la part des professionnels de la santé en ce qui concerne l'emploi des médicaments. Par exemple, la cote applicable au soutien santé est faible, bien que les pharmaciens nous disent souvent qu'ils aimeraient élargir leur champ d'exercice (et leurs sources de revenus) en offrant des programmes de ce type.

Cela dit, ce problème n'est pas seulement l'affaire des pharmaciens; il concerne l'ensemble de notre système de santé. Dans l'ordre actuel des choses, le médecin rédige une ordonnance et le pharmacien l'exécute. Bien souvent, s'il y a un problème, personne ne s'en rend compte. Or, la prise en charge des maladies – ou des patients, devrait-on dire – est à la fois la responsabilité des médecins et des pharmaciens. Libre aux pharmaciens, donc, de saisir l'occasion de jouer un rôle plus actif dans la prise en charge des patients de concert avec les médecins.

Pour explorer davantage cette question, nous avons parlé avec Ned Pojskic, chef de la stratégie pharmaceutique chez GSC, relations avec les pharmacies et les professionnels de la santé. Ned se base sur les paramètres de la prise en charge de l'asthme pour faire valoir que les processus en place dans les pharmacies peuvent avoir une incidence négative sur les cotes de rendement :

« Normalement, les patients asthmatiques reçoivent leur diagnostic d'un médecin et se font prescrire un traitement pour prendre en charge leur problème de santé. Le traitement comprend souvent un "contrôleur", c'est-à-dire un médicament à prendre de façon régulière pour maîtriser l'asthme, et un "médicament de secours", qui doit être administré seulement en cas de crise d'asthme aiguë. Lorsqu'un patient se fait prescrire ces deux médicaments pour la première fois, le pharmacien lui décrit habituellement leur mode d'emploi. Mais si le patient se met à utiliser son médicament de secours de façon excessive – à cause d'allergènes ou des conditions météorologiques, par exemple –, il se peut bien que le pharmacien continue de renouveler l'ordonnance sans faire de démarches auprès du patient et du médecin pour que la maîtrise de la maladie soit réévaluée et qu'un ajustement au traitement par le contrôleur soit recommandé. Le médecin, de son côté, ignore souvent que la maladie du patient est mal maîtrisée parce que le pharmacien continue de fournir le médicament de secours au patient.

« Les pharmaciens ont un point de vue unique sur le problème : ils ont donc la responsabilité d'intervenir pour le régler. Pour l'heure, cette forme de prise en charge et de suivi régulier des patients – en particulier ceux qui sont atteints d'une maladie chronique – n'est pas nécessairement intégrée au modèle de déroulement des activités et de prestation de soins en pharmacie. Tôt ou tard, un changement de culture va s'imposer; il faudra voir autrement à qui incombe la prise en charge du patient. »

Comment les pharmacies peuvent-elles améliorer leurs cotes?

En présentant aux pharmacies ces fiches d'évaluation, GSC les éclaire sur la façon dont elles pourraient améliorer la qualité des soins qu'elles offrent aux patients. Or selon nous, la clé d'un meilleur rendement – et, par conséquent, d'une issue clinique plus favorable – consiste à collaborer avec le médecin pour prendre en charge chaque patient. « Il s'agit en fait d'avoir une vision clinique plus globale, c'est-à-dire d'évaluer continuellement l'état du patient, de toujours chercher à s'assurer que l'ensemble de son schéma thérapeutique est adapté à la maladie à traiter et de ne jamais hésiter à intervenir au besoin », explique Ned Pojskic. « Cette façon de faire n'est peut-être pas préconisée par tous les pharmaciens à l'heure actuelle, mais elle s'inscrit dans les normes de pratique de la profession. »

Les cotes moyennes présentées ici évoquent des tendances, et les paramètres de GSC ne représentent qu'une partie des différentes formes d'intervention possibles par un pharmacien. Mais en prenant des mesures pour améliorer leurs cotes, les pharmacies qui assument la prise en charge de leurs patients diabétiques ou asthmatiques, par exemple, assumeront au final une plus grande responsabilité quant à l'issue clinique des autres patients qui se présenteront dans l'établissement. En d'autres mots, ce mode de pensée vise à amorcer le processus de création d'une culture axée sur l'évaluation et l'amélioration de la qualité. À terme, il en résultera de meilleurs soins pour les membres du régime, une issue clinique plus favorable et des soins de santé moins onéreux.

La prochaine étape?

Présenter aux pharmacies un compte rendu de leur rendement n'est que la phase 1 de l'Initiative des services pharmaceutiques axés sur la valeur de GSC. Au cours de la phase 2, les membres du régime pourront prendre connaissance du rendement des pharmacies par le truchement d'un outil de recherche en ligne. Cet outil permettra aux membres de choisir une pharmacie en se fondant sur des facteurs tels que le coût et l'emplacement, mais aussi la qualité des soins offerts par la pharmacie en question. L'outil de recherche sera accessible à la fin de 2018 : nous vous fournirons alors plus d'information sur le fonctionnement de cette nouvelle initiative.

En dernier lieu, lorsque la phase 3 sera mise sur pied, le remboursement versé aux pharmacies sera lié aux cotes de rendement : cette structure fera en sorte que les pharmacies offrant des soins de qualité supérieure seront récompensées pour leurs efforts, tandis que celles qui offrent des soins sous-optimaux pourraient voir leur remboursement diminuer. Cette phase est en cours d'élaboration. Nous vous informerons régulièrement de l'évolution des phases 2 et 3.



DERRIÈRE COMPTOIR

Les services pharmaceutiques axés sur la valeur, qu'est-ce que ça veut dire pour les pharmacies communautaires?



Pour mieux illustrer les retombées concrètes des services pharmaceutiques axés sur la valeur, nous avons demandé à Leila Mandlsohn, pharmacienne de GSC, de nous expliquer ce que signifient les paramètres de mesure pour les pharmaciens qui travaillent dans une pharmacie communautaire type.

Perspective sur les prescriptions : Bienvenue, Leila! L'Initiative des services pharmaceutiques axés sur la valeur est un sujet assez compliqué, mais la question qu'on se pose surtout est la suivante : qu'est-ce qu'un pharmacien doit faire pour avoir de bons résultats à ces paramètres de mesure? Examinons-en quelques-uns en commençant par l'emploi de statines chez les patients diabétiques. Nous avons des lignes directrices cliniques établies depuis longtemps à ce sujet, n'est-ce pas? Quel rôle les pharmaciens doivent-ils donc jouer pour veiller à ce que ces lignes directrices soient respectées?

Leila : Le pharmacien communautaire doit d'abord et avant tout passer en revue avec le patient les médicaments qu'il prend : il peut ainsi cibler les personnes diabétiques parmi sa clientèle et le traitement qu'elles suivent. Ensuite, le pharmacien détermine si le traitement est conforme aux recommandations des lignes directrices cliniques. Autrement dit, avant de pouvoir affirmer qu'il est judicieux d'appliquer une ligne directrice donnée à un patient, il doit procéder à une évaluation individuelle du patient en question. Il ne faut pas oublier que les lignes directrices sont, justement, des lignes directrices : il faut les adapter au patient. Le pharmacien doit rencontrer le patient pour comprendre la nature de ses problèmes de santé et connaître les traitements qu'il suit pour être en mesure d'affirmer qu'il doit prendre une statine et qu'il n'y a aucune raison apparente qu'il n'en prenne pas. Mais si aucune statine n'a été prescrite au patient sans qu'un motif évident justifie cette omission, le pharmacien doit alors intervenir.

PSLP : Et que faites-vous pour intervenir? Qu'est-ce que ça signifie, concrètement?

Leila : Il faut communiquer avec le médecin qui traite le patient et lui recommander de prescrire la statine.

PSLP : Comment procédez-vous, par téléphone ou par télécopieur?

Leila : Oui, l'un ou l'autre. Dans une pharmacie communautaire, on utilise habituellement le télécopieur. Mais sur cette télécopie, le pharmacien ne se contente pas d'écrire que le patient a besoin d'une statine : il doit aussi justifier sa recommandation sur la base d'une évaluation succincte.

PSLP : Tout cela prend du temps. Les pharmaciens sont-ils rémunérés lorsqu'ils font ces démarches?

Leila : Ça varie d'une province à l'autre. Par exemple, en Ontario, où je pratique, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a mis sur pied le programme MedsCheck pour les personnes diabétiques. Un examen complet des médicaments est remboursé annuellement dans le cadre de ce programme, et les suivis de patient le sont également. Dans un monde idéal, le pharmacien devrait rencontrer le patient au moins une fois par année pour faire un examen très exhaustif de ses médicaments. Il serait alors possible de faire le suivi de tout élément problématique; l'absence de statine dans le schéma thérapeutique d'un patient qui en aurait pourtant besoin, par exemple. Et oui, le pharmacien est rémunéré pour faire ce travail.

PSLP : Quand les médecins reçoivent une télécopie d'un pharmacien, est-ce qu'ils suivent toujours les recommandations qui y figurent?

Leila : Non, pas toujours, mais certains médecins y donnent suite. À mon avis, la manière dont la recommandation est formulée a une incidence sur la façon dont elle est accueillie par le médecin. Quand on y pense, l'interaction entre les pharmaciens communautaires et les médecins de première ligne ne se fait pas de façon spontanée. Quand un médecin reçoit une télécopie d'un pharmacien, l'expéditeur est pour lui un étranger. Le pharmacien n'a pas, d'emblée, de crédibilité auprès du médecin; il doit établir cette crédibilité.

PSLP : Pourquoi le problème ne se résume-t-il pas à : « Mon patient est diabétique et il ne prend pas de statine, mais il devrait en prendre une? »

Leila : Parce qu'il y a peut-être une raison pour laquelle le patient n'en prend pas. Voilà pourquoi le médecin et le pharmacien doivent examiner le profil du patient selon les mêmes barèmes et avoir la même compréhension du cas. Parfois, le médecin a des renseignements que le pharmacien n'a pas et qui expliquent pourquoi les statines ne conviennent pas au patient. Le médecin et le pharmacien doivent communiquer pour être sur la même longueur d'onde.

PSLP : L'objectif que nous avons fixé pour les pharmaciens dans le cadre de l'Initiative des services pharmaceutiques axés sur la valeur tient-il compte des circonstances dans lesquelles un patient diabétique ne devrait pas prendre de statine?

Leila : On ne peut affirmer avec certitude que neuf personnes sur dix devraient suivre un traitement par une statine. Les lignes directrices ne véhiculent tout simplement pas ce genre d'information. Les recommandations des lignes directrices, qui reposent sur des études cliniques et des données probantes, précisent que les patients diabétiques devraient suivre un traitement par une statine, sauf s'il y a contre-indication. Le médecin traitant doit déterminer au cas par cas si, chez un patient donné, les risques l'emportent sur les bienfaits. Nous avons donc regardé où nous en étions aujourd'hui, puis nous avons établi un objectif. Nous voulons seulement que le rendement des pharmacies progresse un peu avec le temps.

PSLP : On peut donc affirmer sans se tromper que les patients diabétiques qui devraient prendre une statine sont plus nombreux que ce qu'on voit dans nos données?

Leila : Oui, tout à fait.

PSLP : D'accord. Passons maintenant à la prise en charge de l'asthme. Que mesure-t-on au juste chez ces patients?

Leila : Nous avons deux paramètres, le deuxième s'appliquant à une sous-population évaluée par le premier paramètre. Le paramètre applicable à l'asthme maîtrisé de façon sous-optimale se rapporte aux personnes asthmatiques qui utilisent leurs médicaments de secours à l'excès. Je m'explique. L'asthme est censé être traité de manière à prévenir les crises, qui obligent le patient à se rendre à l'urgence. Pour prévenir ces crises, le patient doit réussir à maîtriser ses symptômes d'asthme avec ce qu'on appelle un « traitement par contrôleur ». On lui donne aussi un « médicament de secours » à utiliser en cas de crise d'asthme. Si le patient subit une telle crise, il a besoin d'un traitement immédiat, d'où l'appellation « médicament de secours ». Or, si le patient a trop souvent recours à ce médicament, c'est que son asthme est mal maîtrisé. Le deuxième paramètre vise à déterminer si les personnes qui utilisent leur médicament de secours à l'excès disposent d'un traitement par contrôleur.

PSLP : Que devraient faire les pharmaciens pour ne pas obtenir un mauvais résultat aux paramètres de mesure de l'asthme?

Leila : En gros, la même chose qu'ils devraient faire avec la population diabétique : cibler les personnes atteintes d'une maladie donnée, s'asseoir avec elles, comprendre la nature de leur maladie, déterminer quel traitement elles suivent, évaluer si leur maladie est maîtrisée ou non et faire des recommandations. Notre paramètre de mesure sert à interpeller les pharmaciens en leur disant : « Certains de vos patients utilisent leurs médicaments de secours de façon excessive et leur asthme est mal maîtrisé. Il faut faire quelque chose. »

PSLP : D'accord. Nous mesurons aussi l'utilisation de médicaments à risque élevé chez les personnes âgées. Comment procède-t-on? Les pharmaciens ont sûrement une alerte dans leur système du type : « Ce patient a maintenant plus de 65 ans et ne doit pas prendre ce médicament », non?

Leila : Souvent, ce qui se produit, c'est que les patients ont commencé à prendre le médicament avant d'avoir 65 ans. Comme leur état est stable, ils continuent de le prendre après cet âge. On sait que les patients âgés sont exposés à un risque plus élevé parce que leur fonction pulmonaire et leur fonction hépatique diminuent, entre autres, mais c'est un processus de détérioration graduel. L'idée n'est pas de retirer automatiquement le médicament au patient dès son 65^e anniversaire, parce qu'on peut présumer qu'à la base, il sert à traiter une maladie évolutive. Le pharmacien doit réévaluer continuellement le patient. Est-il judicieux de continuer d'administrer ce médicament au patient? Existe-t-il un autre médicament qui donnera le même résultat, mais avec moins d'effets indésirables? Dans l'affirmative, on peut envisager un changement de médicament. Il s'agit vraiment de gestion des risques.

PSLP : Le dernier paramètre de mesure dont nous voulons parler est l'observance. Quel rôle les pharmaciens peuvent-ils jouer pour s'assurer que leurs patients adhèrent à leur traitement?

Leila : Il existe en fait deux types d'inobservance. Il y a tout d'abord l'inobservance primaire, quand le patient se dit : « Je ne ferai tout simplement jamais exécuter mon ordonnance. Mon médecin m'a dit que je devais commencer à prendre de la metformine parce que je suis diabétique, mais je ne vais pas en prendre. » Il peut y avoir plusieurs motifs à cette abstention : le patient n'a pas les moyens de suivre le traitement, il ne croit pas aux bienfaits du traitement ou le médicament lui donne mal à l'estomac. Les pharmaciens sont en mesure de cibler l'inobservance primaire lorsqu'ils s'assoient avec un patient pour passer en revue ses médicaments, ce dont nous avons déjà parlé. L'inobservance secondaire renvoie quant à elle aux situations où le patient fait exécuter son ordonnance, mais ne prend pas le médicament comme tel. Il est vrai qu'un pharmacien ne peut forcer un patient à avaler une pilule, mais il peut le sensibiliser à l'importance de la prendre.

J'ai récemment entendu quelqu'un parler de la voie de la compréhension et de la voie de l'action, et je crois que pour se diriger dans la voie de l'action, le patient doit bien comprendre les tenants et aboutissants d'une situation. Le pharmacien a la possibilité d'agir sur la voie de la compréhension. Il peut dire au patient : « Je comprends que le médicament vous donne mal à l'estomac, ou je comprends que le traitement est peut-être trop cher, mais voici les raisons pour lesquelles il est important que vous preniez le médicament. Voyons ensemble ce que nous pourrions faire pour vous aider à suivre ce traitement. » Tout est dans la collaboration avec le patient, c'est-à-dire dans la manière dont le pharmacien parle au patient, se montre empathique à son égard et échange avec lui.

PSLP : Leila, dans toutes vos réponses, vous avez évoqué l'importance de s'asseoir avec les patients, de leur parler davantage et de documenter vos échanges avec eux, entre autres. Cette approche ne risque-t-elle pas de nuire aux mesures du rendement proprement dit qui sont probablement en place dans les pharmacies?

Leila : Nous parlons continuellement de la nécessité de modifier et d'élargir le champ d'exercice des pharmaciens, mais il faut préciser que ce champ a deux volets. Il y a d'une part le travail lié aux produits, à la délivrance de médicaments, et le travail clinique, d'autre part. Par exemple, quand je travaillais en milieu hospitalier, je ne délivrais pas de médicaments du tout. Cette tâche relevait de techniciens en pharmacie travaillant dans une officine. Les pharmaciens faisaient le travail clinique, c'est-à-dire ce dont nous venons de parler. Une pharmacie communautaire aura peut-être de la difficulté à réussir à accomplir ce travail clinique en plus de ses tâches habituelles liées à la délivrance de médicaments. Cela dit, j'estime qu'un changement de paradigme s'impose quant à la façon dont la société en général perçoit la pharmacie et, parallèlement, au déroulement du travail en pharmacie.

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
AFFECTION INFLAMMATOIRE				
Produit biologique; Coût élevé; Spécialité (palier 5)	Dupixent ^{MC} (dupilumab)	<p>La dermatite atopique (DA) est une affection cutanée chronique, récidivante et inflammatoire qui peut survenir à tout âge, mais que l'on retrouve généralement chez les enfants. La prévalence estimative de la DA chez les enfants est de 10 à 15 % environ. Cela dit, dans la majorité des cas, l'affection se résorbe avant l'adolescence, tandis que 40 % des sujets en seront toujours atteints à l'âge adulte⁵.</p> <p>La DA se caractérise souvent par une éruption cutanée rouge et prurigineuse qui se manifeste habituellement sur les joues, les bras et les jambes, mais qui peut apparaître n'importe où sur le corps. Parmi les autres symptômes figurent la sécheresse cutanée, un suintement, la formation de croûtes et une lichénification (épaississement de la peau qui lui donne l'apparence du cuir). Cela dit, le prurit constitue le principal symptôme; c'est d'ailleurs sur lui que repose la plus grande partie du fardeau de la maladie (en entraînant par exemple des problèmes de sommeil, une altération fonctionnelle et des répercussions sociales et psychologiques). Bien que la cause exacte de la DA soit inconnue, des facteurs génétiques joueraient un rôle important dans la manifestation de la maladie. En outre, la DA se retrouve souvent chez les personnes ayant des antécédents familiaux de troubles apparentés comme l'eczéma, l'asthme et la rhinite allergique (rhume des foins)⁶.</p> <p>À l'heure actuelle, il n'y a pas de remède à la maladie. La norme de soins dicte toutefois d'administrer des traitements atténuant l'inflammation au cours des poussées ainsi que de prendre des précautions pour prévenir de nouvelles poussées et d'autres complications (p. ex., des infections), notamment en évitant les facteurs déclenchants. Le choix de traitement dépend souvent de l'âge du patient, de la gravité de la DA et de la région du corps qui est atteinte; cela dit, le traitement de première intention repose habituellement sur l'administration de corticostéroïdes topiques ou d'inhibiteurs topiques de la calcineurine. Chez les patients qui ne répondent pas au traitement topique, on recourra souvent aux corticostéroïdes par voie orale, aux immunosuppresseurs ou à la photothérapie⁵.</p>	<p>\$\$\$\$</p> <p>Environ 30 000 \$ par année</p>	<p>→ RPP pour les médicaments de spécialité</p> <p>→ Autorisation préalable requise</p>

		<p>Bien que des options thérapeutiques soient disponibles, aucune ne permet de cibler l'inflammation sous-jacente. De plus, leur efficacité est souvent limitée étant donné que l'emploi à long terme est associé à des effets indésirables. La majorité des patients présentent une forme légère à modérée de DA, mais on estime que 15 % sont atteints d'une forme sévère. Une DA sévère se caractérise par une sécheresse cutanée étendue, des démangeaisons incessantes, un rougeur, une restriction importante des activités quotidiennes, une diminution du fonctionnement psychosocial et des nuits de sommeil écourtées⁷. Avant que Dupixent ne soit sur le marché, les possibilités de traitement étaient limitées pour les personnes atteintes d'une forme sévère de DA dont la maladie n'était pas adéquatement maîtrisée malgré les options thérapeutiques disponibles ou chez qui le traitement causait des effets indésirables.</p> <p>Dupixent est un traitement ciblé novateur répondant à un besoin qui, jusqu'ici, était insatisfait. C'est le premier médicament biologique permettant de traiter la DA; il agit en ciblant les mécanismes inflammatoires sous-jacents, plus précisément en ciblant de façon sélective deux molécules (IL-4 et IL-13) jouant un rôle dans la manifestation de la DA. Dupixent a été approuvé par Santé Canada pour le traitement des patients adultes atteints de DA modérée à sévère chez qui la maladie n'est pas adéquatement contrôlée par des traitements topiques sous ordonnance ou quand ces traitements ne sont pas appropriés. Il s'administre par injection à une dose d'attaque de 600 mg (en deux injections de 300 mg) suivie d'une injection (300 mg) toutes les deux semaines en traitement d'entretien. Il peut être utilisé avec ou sans corticostéroïdes topiques.</p>		
--	--	---	--	--

CATÉGORIES DE GSC ¹	NOUVEAU MÉDICAMENT ²	RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	COÛT ³	DÉTAILS SUR LA COUVERTURE ⁴
--------------------------------	---------------------------------	-------------------------	-------------------	--

MALADIE AUTOIMMUNE

Produit biologique; Coût élevé; Spécialité (palier 5)	Ocrevus ^{MC} (ocrelizumab)	<p>Maladie auto-immune chronique évolutive du cerveau et de la moelle épinière, la sclérose en plaques (SP) attaque la myéline (une gaine protectrice des fibres nerveuses), provoquant des problèmes de communication entre le cerveau et le reste du corps. Le Canada affiche le plus fort taux de SP du monde, comptant 100 000 personnes atteintes de cette maladie, selon les estimations⁸. Il existe plusieurs formes de SP. La plus courante est la SP récurrente rémittente, qui se caractérise par des poussées clairement définies (également appelées « crises » ou « attaques ») entrecoupées de périodes de rémission complète ou quasi complète. La SP progressive primaire se caractérise quant à elle par une</p>	<p>\$\$\$\$</p> <p>Environ 33 000 \$ par année</p>	<p>→ RPP pour les médicaments de spécialité</p> <p>→ Autorisation préalable requise</p>
---	-------------------------------------	--	---	---

lente progression de l'invalidité, sans poussées bien définies. Environ 15 % des patients présentent la forme progressive primaire de la maladie⁸. Contrairement à la SP récurrente rémittente, qui touche généralement trois fois plus de femmes que d'hommes, la SP progressive primaire touche les deux sexes de façon égale et est habituellement diagnostiquée chez les patients de plus de 40 ans⁸.

Au Canada, il existe bon nombre d'options thérapeutiques approuvées contre la SP récurrente rémittente; ces traitements aident à réduire le nombre de rechutes et à ralentir la progression de l'invalidité. Or, les patients atteints de SP progressive primaire ne retirent généralement pas de bienfaits de ces traitements. Avant la commercialisation d'Ocrevus, aucun traitement n'avait été approuvé par Santé Canada contre la SP progressive primaire; de nombreux patients atteints de cette forme de SP devaient s'en remettre entièrement aux soins de soutien (p. ex., prise en charge des symptômes, réadaptation, etc.).

Ocrevus répond donc à un besoin qui, à ce jour, était insatisfait. C'est la première option thérapeutique à recevoir l'approbation de Santé Canada (avec conditions) pour la prise en charge des patients adultes atteints de SP progressive primaire au stade précoce, définie par la durée de la maladie et le degré d'invalidité, conjointement à des résultats d'imagerie caractéristiques d'une activité inflammatoire (pour appuyer le diagnostic). Il s'administre par perfusion intraveineuse tous les six mois après deux doses d'attaque initiales (administrées à deux semaines d'intervalle).

CATÉGORIES DE GSC ¹	NOUVEAU MÉDICAMENT ²	RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	COÛT ³	DÉTAILS SUR LA COUVERTURE ⁴
HÉPATITE C				
Produit traditionnel; Coût élevé; Spécialité (palier 5)	Vosevi ^{MC} (sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprévir)	L'hépatite C est une maladie du foie causée par le virus de l'hépatite C ⁹ . Dans les dernières années, l'émergence d'antiviraux d'action directe (AAD) novateurs administrés par voie orale pour le traitement de l'hépatite C a entraîné un taux de guérison élevé (taux de réponse virologique soutenue supérieur à 90 à 95 % dans la plupart des populations), une durée de traitement plus courte, des schémas thérapeutiques simplifiés et une tolérabilité accrue. Bien que le taux de guérison soit élevé, une petite proportion des patients (moins de 5 %) ne répondent pas au traitement par les AAD. Or sans traitement, les patients finissent par présenter une cirrhose (lésions au foie), une insuffisance hépatique ou un cancer du foie, ou par subir une transplantation.	<p>\$\$\$\$\$</p> <p>Environ 60 000 \$ par période de traitement</p>	<p>→ RPP pour les médicaments de spécialité</p> <p>→ Autorisation préalable requise</p>

		<p>Avant que Vosevi ne soit commercialisé, peu d'options de traitement s'offraient aux patients dont le traitement par les AAD disponibles se soldait par un échec. Vosevi répond donc à un besoin qui n'était pas satisfait jusqu'ici et constitue une option thérapeutique efficace (taux de réponse virologique soutenue de 96 à 98 %) ¹⁰ pour les patients n'ayant pas répondu à un précédent traitement par un AAD. Vosevi est une association unique de trois AAD différents, chacun ciblant un aspect différent de la réplication virale. Il s'agit du premier schéma thérapeutique à base de sofosbuvir à être approuvé par Santé Canada pour la reprise du traitement des patients atteints d'une infection chronique par le virus de l'hépatite C et ayant déjà suivi un traitement par un AAD, quel que soit leur génotype, y compris les patients n'ayant pas répondu à un traitement par un inhibiteur de la NS5A (p. ex., Epclusa^{MD}). Vosevi est administré par voie orale à raison d'un comprimé par jour pendant 12 semaines.</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 Lynde, et al. Canadian Practical Guide for the Treatment and Management of Atopic Dermatitis. *Journal of cutaneous medicine and surgery*. (2005). 8 Suppl 5. 1-9.

⁶ Atopic Dermatitis, National Eczema Association, <https://nationaleczema.org/>.

⁷ Treatment of Atopic Dermatitis, UptoDate, <https://www.uptodate.com/>.

⁸ À propos de la SP, Société canadienne de la sclérose en plaques, <https://scleroseenplaques.ca/>.

⁹ L'hépatite C, Fondation canadienne du foie, <https://www.liver.ca/fr/patients-caregivers/liver-diseases/hepatitis-c/>.

¹⁰ Monographie de Vosevi^{MC} (sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprévir), http://www.gilead.ca/application/files/1515/2589/3941/Vosevi_French_PM_e192340-GS-001.pdf.