

» LE POINT SUR LES PRODUITS BIOLOGIQUES ULTÉRIEURS

Depuis que nous avons traité des produits biologiques ultérieurs (PBU), ou produits biosimilaires, dans le numéro de *Perspective sur les prescriptions* paru à l'automne 2014, ce sujet d'actualité est devenu encore plus chaud. À l'époque, nous prenions tout juste conscience de l'existence des PBU; encore aujourd'hui, seuls trois PBU ont été approuvés par Santé Canada. Or, le brevet de bon nombre de médicaments biologiques vedettes est maintenant expiré ou expirera au cours des prochaines années. Par conséquent, de nombreux PBU devraient faire leur entrée sur le marché.

Pour obtenir une nouvelle perspective du rôle des PBU, nous nous sommes adressés à Pfizer Canada et avons eu une conversation intéressante avec Gerry Stefanatos, directeur général, Produits établis, Marché pharmaceutique mondial, et Vincent Lamoureux, directeur, Affaires de l'entreprise chez Pfizer Canada. Forte de son expérience et de son expertise considérables dans le domaine des produits biologiques, Pfizer s'est énormément investie dans la mise au point des PBU, produits qu'elle perçoit comme la suite logique et nécessaire de sa pertinence dans le contexte de l'émergence des nouveaux produits pharmaceutiques. Aussi, Pfizer a-t-elle 14 PBU en cours de mise au point ou déjà lancés quelque part dans le monde.

Revenons...

Avant d'aller plus loin, revenons sur notre introduction aux PBU parue dans le numéro de *Perspective sur les prescriptions* à l'automne 2014 : Un PBU est un médicament biologique similaire à un médicament biologique d'origine (aussi appelé médicament innovateur) homologué. Pour être approuvé par Santé Canada, un PBU est soumis au processus de présentation de drogue nouvelle et doit être associé aux mêmes résultats cliniques sur le plan de l'innocuité et de l'efficacité que le produit d'origine. Par exemple, Gerry confirme que le fondement de l'approbation des indications d'Inflectra (Hospira) est la similarité entre ce produit et son produit de référence, Remicade.

PBU en cours de mise au point

Médicament biologique d'origine	Nombre de PBU en cours de mise au point
Humira ^{MD}	13
Enbrel ^{MD}	21
Remicade ^{MD} (un PBU – Inflectra ^{MD} – déjà offert et inclus sur la liste des médicaments couverts de GSC)	9
Lantus ^{MD} (un PBU – Basaglar ^{MD} – déjà offert et inclus sur la liste des médicaments couverts de GSC)	5
Rituxan ^{MD}	30
Avastin ^{MD}	14
Herceptin ^{MD}	24
Neulasta ^{MD}	14
Lucentis ^{MD}	2
Aranesp ^{MD}	4
Neupogen ^{MD} (un PBU – Grastofil ^{MC} – déjà offert et inclus sur la liste des médicaments couverts de GSC)	52

Qu'est-ce qu'Inflectra?

Inflectra est un PBU offert en Europe depuis août 2013, et son utilisation a été approuvée au Canada au début de 2014. Son produit d'origine est Remicade. Ces médicaments sont des anti-inflammatoires utilisés pour traiter la polyarthrite rhumatoïde, le rhumatisme psoriasique, la colite ulcéreuse, la maladie de Crohn, la maladie de Crohn avec fistulisation et la spondylarthrite ankylosante.

Les PBU sont-ils des médicaments génériques?

Les PBU sont souvent comparés à des médicaments génériques, mais ils sont différents de ces derniers pour deux raisons importantes. D'abord, ce ne sont pas des copies identiques de produits originaux et ne peuvent donc pas être substitués aux produits d'origine par les pharmaciens. Ensuite, contrairement aux génériques, les PBU sont soumis à un processus réglementaire complexe comprenant la réalisation d'études originales concluant à leur innocuité et à leur efficacité.

Comme l'explique Gerry, le processus réglementaire auquel les PBU sont soumis est fondé sur des données probantes et est très rigoureux. « Les données exigées par Santé Canada pour appuyer l'autorisation de mise en marché d'un PBU comprennent des données sur la qualité (composition chimique et fabrication), des données non cliniques (pharmacologie et toxicologie) et des données cliniques (pharmacologie, innocuité et efficacité). La démonstration de la similarité au médicament biologique de référence est requise par Santé Canada. »

De plus, le processus de fabrication des PBU est plus complexe que celui des médicaments génériques classiques. Résultat, le niveau de prix des PBU n'est généralement pas le même que celui des médicaments génériques. À titre d'exemple, les PBU qui sont actuellement approuvés au Canada sont de 15 à 47 % moins chers que les produits d'origine, alors que les génériques peuvent être jusqu'à 78 % moins chers que les produits de marque. Cependant, étant donné que les médicaments biologiques sont extrêmement chers en partant, les économies réalisées grâce à l'utilisation des PBU sont substantielles.

Des défis à relever

Bien que les PBU soient un phénomène relativement récent en Amérique du Nord, ils sont offerts depuis plus de dix ans en Europe, où ils ont été jugés sûrs et efficaces et où ils ne cessent de gagner des parts de marché dans certains pays. Le Canada et le reste de l'Amérique du Nord peuvent tirer des leçons de l'expérience européenne alors qu'ils relèvent certains des principaux défis liés à la création d'un marché viable pour les PBU :

- **Les médecins hésitent à prescrire des PBU** parce qu'ils ne savent pas nécessairement que ces produits sont disponibles et qu'ils constituent une option thérapeutique viable.
- **Les patients sont parfois réticents à essayer les PBU** quand ils ne comprennent pas de quoi il s'agit et ne savent pas que ces médicaments sont aussi sûrs et efficaces que les produits d'origine.
- **Les payeurs n'appuient pas volontiers le secteur des PBU**, tant au palier provincial qu'à l'échelle des assureurs privés, et ce, même si les PBU permettent au système de réaliser des économies importantes.

Gerry explique que l'évaluation supplémentaire effectuée par « l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) favorise la confiance, mais ralentit le processus d'adoption des PBU sur le marché. Il s'écoule parfois bien plus de deux ans entre l'émission d'un avis de conformité (AC) par Santé Canada et le remboursement du médicament par le régime provincial. Nous souhaitons la mise en place de mécanismes d'adoption fondés sur des données probantes pour créer un marché viable pour les PBU et accélérer leur mise en marché, ce qui permettrait aux patients et aux payeurs de faire des économies. »

Les PBU peuvent-ils remplacer les produits d'origine?

Un médicament générique est une copie exacte d'un produit de marque, ce qui n'est pas le cas d'un PBU et de son produit d'origine. En raison de la nature complexe du processus de fabrication, le PBU et le produit d'origine sont similaires, mais ils ne sont pas identiques. Par conséquent, Santé Canada ne considère pas que les PBU et les produits d'origine sont interchangeables. Autrement dit, les pharmaciens ne peuvent pas automatiquement substituer un PBU à un produit biologique d'origine. Pour qu'il soit délivré par le pharmacien, le PBU doit avoir été prescrit par un médecin. Par exemple, dans les cas où le patient ne répond pas bien au PBU, le médicament d'origine peut être une solution de rechange.

Des recherches sont en cours en Europe, et ailleurs, pour étudier les effets de la substitution des PBU à certains produits d'origine chez les patients. Selon toutes les premières données, la substitution est une stratégie viable qui permet de préserver la sécurité du patient tout en générant les économies nécessaires à la viabilité des régimes de remboursement de médicaments. Par contre, d'autres recherches devront être réalisées pour prouver hors de tout doute que les PBU peuvent remplacer les produits d'origine. Dans l'intervalle, encourager les médecins à prescrire les PBU en première intention contribuerait grandement à l'adoption de ces médicaments au Canada.

Gerry soulève un point intéressant, à savoir que les mécanismes de prescription européens sont différents de ceux qui sont en œuvre au Canada. « En Europe, les PBU sont surtout utilisés en milieu hospitalier, alors qu'au Canada, ce sont les médecins qui les prescrivent en cabinet. Le fait de ne pas avoir à informer les médecins, un à la fois, accélère grandement l'adoption des PBU. »

Politique de GSC à l'égard des PBU

Conformément à la politique récemment rendue publique de Green Shield Canada (GSC), les produits biologiques ultérieurs (PBU ou produits biosimilaires) sont **privilegiés sur nos listes**

de médicaments remboursés. En vertu de cette politique, les utilisateurs actuels de médicaments biologiques d'origine sont protégés par une clause de droits acquis. Étant donné que les PBU coûtent beaucoup moins cher que les produits d'origine, les membres du régime qui entreprennent un nouveau traitement et pour qui prendre un PBU est sûr et adéquat devront le faire s'ils veulent que leur médicament soit remboursé.

Notre politique à l'égard des PBU est conçue pour être flexible et accommodante dans les rares circonstances où ce type de produit ne convient pas à un membre du régime. Prenons par exemple le cas d'un patient traité par une teneur particulière de Remicade qui n'est peut-être pas offerte en version PBU. Dans ce type de cas, nous approuverons le produit d'origine de sorte que le membre du régime reçoive le traitement approprié. Selon les connaissances actuelles sur les PBU, ce genre de situation est extrêmement rare. Chez la grande majorité des membres du régime, les PBU représentent une option adéquate.

En raison des économies substantielles qu'elle peut permettre de réaliser, notre démarche devrait être adoptée à grande échelle par d'autres assureurs au fur et à mesure que d'autres PBU seront lancés sur le marché et que les médecins canadiens acquerront de l'expérience en matière de prescription de ces produits.

La prochaine étape?

Pour conclure notre rencontre avec Gerry et Vincent, nous leur avons demandé à quoi ressemblerait la prochaine vague de PBU. Gerry affirme que les médicaments contre le cancer occupent une place très importante dans la gamme de produits de Pfizer et que ces produits seront les prochaines vedettes du marché. « L'adoption de ces médicaments devrait être facile puisqu'il s'agit généralement de produits administrés par perfusion à l'hôpital. Selon nous, le processus d'adoption devrait donc être plus rapide que celui des produits de la dernière vague. D'ici là, l'expérience acquise par les médecins et les patients devrait favoriser la confiance inspirée par les PBU. »

Étude NOR-SWITCH

Cette étude a été lancée par le gouvernement fédéral norvégien pour évaluer l'innocuité et l'efficacité de la substitution du PBU Remsima au produit biologique Remicade. La Norvège souhaite réduire les dépenses de son régime de remboursement de médicaments national et évalue à cette fin les PBU.

L'étude NOR-SWITCH est une étude à répartition aléatoire menée à double insu avec groupes parallèles auprès d'adultes qui ont reçu un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde, de spondylarthrite, de rhumatisme psoriasique, de colite ulcéreuse, de maladie de Crohn ou de psoriasis en plaques chronique.

Les résultats de cette étude amorcée en octobre 2014 devraient être connus en janvier 2017.

Information tirée de :

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02148640>

REVUE DES MÉDICAMENTS CHEZ GSC...

Pour vous donner une idée des médicaments qui pourraient bientôt entraîner des modifications à votre régime, chaque trimestre dans *Perspective sur les prescriptions*, nous parlerons 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
INSUFFISANCE CARDIAQUE				
Traitement classique; traitement d'entretien	Entresto ^{MC} (sacubitril/valsartan)	<p>L'insuffisance cardiaque (IC) est l'incapacité du cœur à pomper suffisamment de sang pour répondre aux besoins des tissus et des organes. Elle peut entraîner une maladie grave et même être fatale, particulièrement chez les patients dont la « fraction d'éjection » (quantité de sang qui est pompé dans la circulation par le cœur) est réduite. Plus de 500 000 Canadiens sont atteints d'IC, et environ 56 % d'entre eux ont une fraction d'éjection réduite⁵.</p> <p>Entresto (sacubitril/valsartan) est un nouveau traitement d'association administré par voie orale, le premier de sa classe, indiqué chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque légère ou modérée qui présentent une fraction d'éjection réduite.</p> <p>Puisqu'il a été associé à une réduction du taux de mortalité cardiovasculaire et d'hospitalisation, Entresto a été recommandé par la Société canadienne de cardiologie et pourrait donc commencer à remplacer les traitements classiques plus abordables que sont les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) et les antagonistes du récepteur de l'angiotensine II (ARA).</p> <p>L'IC touche généralement les personnes âgées. Les personnes qui ont 65 ans ou plus sont donc plus susceptibles que les autres d'avoir cette maladie. Autrement dit, l'IC entraînera une hausse des coûts pour les régimes jusqu'à ce qu'Entresto soit intégré à la liste des médicaments remboursés par les régimes provinciaux.</p>	<p>\$\$</p> <p>Le coût d'Entresto est plus de 20 fois plus élevé que celui du moins cher des IECA et des ARA utilisés pour traiter l'IC.</p>	<p>Formulaire ouvert : prestations intégrales</p> <p>Formulaire géré : requiert une approbation préalable</p>

DIABÈTE				
Produit biologique; produit biosimilaire	Basaglar ^{MC} (insuline glargine)	<p>Le diabète est connu pour être l'une des premières causes de mortalité et d'invalidité partout dans le monde. Au Canada, 3,4 millions de personnes vivent avec le diabète, et ce nombre devrait atteindre 5 millions d'ici 2025. Par ailleurs, 57 % des Canadiens atteints de diabète ont déclaré qu'ils n'étaient pas fidèles à leur traitement en raison du coût élevé des médicaments, des appareils et des fournitures qu'ils doivent payer de leur poche⁶.</p> <p>Basaglar est l'un des premiers produits biologiques ultérieurs (PBU) à être approuvés au Canada. Il a été approuvé par Santé Canada à titre de PBU et pour les mêmes indications que son produit d'origine, Lantus^{MD}. Puisque son efficacité et son innocuité sont comparables à celles de Lantus, Basaglar est une option abordable pour les patients qui doivent prendre une insuline à action prolongée, c'est-à-dire plus de 50 % des patients traités à l'insuline⁷.</p> <p>Basaglar est une insuline pour injection unquotidienne à action prolongée qui est indiquée dans le traitement du diabète de type 1 ou de type 2.</p>	<p>\$\$</p> <p>Réduction d'environ 15 %, comparativement au produit biologique d'origine Lantus.</p>	<p>Formulaire ouvert : prestations intégrales</p> <p>Formulaire géré : requiert une approbation préalable</p>

CATÉGORIES DE GSC ¹	NOUVEAU MÉDICAMENT ²	RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	COÛT ³	DÉTAILS SUR LA COUVERTURE ⁴
NEUTROPÉNIE				
Produit biologique; produit biosimilaire	Grastofil ^{MC} (filgrastim)	<p>Le filgrastim est couramment prescrit pour traiter la neutropénie, maladie qui se manifeste par une production insuffisante de neutrophiles (type de globule blanc qui joue un rôle dans la lutte contre les infections) par l'organisme. La neutropénie peut avoir de nombreuses causes, dont le cancer, les greffes de moelle osseuse et la chimiothérapie. Le filgrastim agit en favorisant l'augmentation du nombre de neutrophiles dans l'organisme.</p> <p>Grastofil a été approuvé par Santé Canada à titre de PBU du produit de référence Neupogen^{MD}. L'approbation de Grastofil vise les six indications approuvées de Neupogen puisque la biosimilarité des deux produits a été démontrée.</p> <p>Grastofil est offert en seringue préremplie prête à l'emploi, et sa stabilité à température ambiante est supérieure à celle de Neupogen. Parallèlement à son coût, ces caractéristiques représentent une valeur ajoutée pour les patients.</p>	<p>\$\$\$</p> <p>Réduction d'environ 17 %, comparativement au produit biologique d'origine Neupogen.</p>	<p>Prestations intégrales</p> <p>Autorisation préalable non requise parce que Grastofil a remplacé Neupogen (dont le remboursement ne nécessitait pas d'autorisation préalable) sur notre liste de médicaments remboursés.</p> <p>Le remboursement de Neupogen nécessitera maintenant une autorisation préalable, conformément à notre politique en matière de PBU.</p>

Sources :

¹ Les médicaments biologiques sont des médicaments produits par biotechnologie et inscrits à l'annexe D de la *Loi sur les aliments et drogues*; les médicaments à coût élevé sont des médicaments dont le coût annuel prévu est de 10 000 \$ ou plus (certains médicaments près de ce seuil peuvent aussi être qualifiés de médicaments à coût élevé si les données cliniques le justifient)

² De marque (générique)

³ D'après la liste des prix courants du fabricant. Ne reflète pas la marge bénéficiaire des pharmacies ni les frais d'exécution. < 1 000 \$; 1 000–4 999 \$\$; 5 000–9 999 \$\$\$; 10 000–49 999 \$\$\$\$; ≥ 50 000 \$\$\$\$\$

⁴ S'applique à toutes les listes de médicaments, à moins d'indication contraire. Le RPP renvoie à réseau de pharmacies privilégiées de GSC.

⁵ BHATIA, R. S., J. V. Tu, D. S. Lee, P. C. Austin, J. Fang, A. Haouzi et coll. « Outcome of heart failure with preserved ejection fraction in a population-based study », *N Engl J Med.*, 2006; 355(3): 260-269.

⁶ Association canadienne du diabète. « The burden of out-of-pocket costs for Canadians with diabetes », 2011. À l'adresse : <http://www.diabetes.ca/CDA/media/documents/publications-and-newsletters/advocacy-reports/burden-of-out-of-pocket-costs-for-canadians-with-diabetes.pdf> (en anglais seulement)

⁷ D'après le portefeuille d'affaires de GSC en 2015.

DERRIÈRE LE COMPTOIR

LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE DÉPRESSION



Dans chaque numéro de *Perspective sur les prescriptions*, nous publions une entrevue auprès d'un membre de notre équipe de pharmaciens et nous lui posons des questions sur un sujet d'actualité. Dans le cadre du présent numéro, nous avons discuté avec **Leila Mandlsohn** de la délivrance des antidépresseurs et des défis liés à la prise en charge des patients atteints de dépression.

Perspective sur les prescriptions : Quel plaisir de discuter de nouveau avec vous, Leila. La question qui nous occupe est celle de la délivrance d'antidépresseurs à la lumière des résultats de l'Étude sur la santé 2015 de GSC. Ces résultats ont été publiés dans le numéro du *Fond de l'histoire*, mais récapitulons rapidement pour nos lecteurs. Selon nos données, 44 % des membres d'un régime de GSC qui commençaient à prendre des antidépresseurs recevaient une dose inférieure à la dose minimale recommandée. La question que nous nous posons concerne la responsabilité des pharmaciens. Ils doivent bien se rendre compte que la dose prescrite est faible?

Leila : Oui, les pharmaciens savent reconnaître les doses faibles. Bien qu'une dose faible puisse convenir à certains patients, les résultats de notre étude sont inquiétants, selon moi, surtout que chez les patients traités pour dépression, rien n'indiquait que la dose avait été augmentée par la suite ou que le médicament prescrit avait été remplacé par un autre. Quoi qu'il en soit, le plus gros problème pour les pharmaciens qui s'occupent de ces patients est de ne pas en savoir assez sur ces derniers et sur la maladie traitée. Certains antidépresseurs peuvent être utilisés pour traiter plus d'une maladie, par exemple la dépression, l'anxiété, les troubles de l'alimentation et le trouble obsessionnel-compulsif. Parfois, ces médicaments sont même prescrits de façon non conforme au libellé pour traiter d'autres maladies, comme les troubles du sommeil, les névralgies et les bouffées de chaleur. N'oublions pas que certains patients doivent aussi s'en tenir à la faible dose d'antidépresseur prescrite lors de l'instauration du traitement. Par exemple, un patient fragile et âgé ne pourra peut-être pas tolérer une forte dose. Il se peut également que la dose ne puisse pas être augmentée en raison des interactions médicamenteuses. Cela étant dit, la quantité importante de résultats obtenus porte à croire que ces situations ne devraient pas être la norme.

PsP : Est-ce que les pharmaciens ne discutent pas avec les patients des raisons pour lesquelles ils prennent le médicament prescrit?

Leila : Ils devraient le faire, mais voici ce qui se produit généralement à la pharmacie : le patient remet son ordonnance au technicien qui, ayant beaucoup de pression, doit traiter et exécuter celle-ci le plus rapidement possible. La vraie conversation a lieu quand le patient récupère son médicament. C'est à ce moment-là que le pharmacien devrait demander au patient pourquoi ce médicament lui a été prescrit, mais ce ne sont pas tous les patients qui voudront en parler, surtout si une maladie mentale est en cause. Les études qui ont été réalisées révèlent que les patients atteints d'une maladie mentale se sentent stigmatisés, ce qui peut les rendre réticents à divulguer de l'information – même à leur pharmacien.

PsP : Et les pharmaciens? Sont-ils à l'aise de parler des maladies mentales?

Leila : Ils ne manquent pas de formation sur la santé mentale, mais ils sentent peut-être que leurs compétences ne sont pas à jour ou qu'ils n'ont pas les ressources nécessaires pour bien évaluer et prendre en charge ces patients. La consultation auprès des patients atteints d'une maladie mentale peut être difficile, surtout pour les pharmaciens qui exercent dans une pharmacie communautaire achalandée. L'espace n'est souvent pas propice aux conversations intimes, et le temps manque souvent pour engager des discussions profondes et enrichissantes avec les patients. Il se peut également qu'ils n'aient pas reçu la formation nécessaire pour évaluer la gravité de la maladie du patient et sa réponse au traitement. Dans le cadre de leur formation, les pharmaciens apprennent à mesurer la pression artérielle, à examiner les éruptions cutanées et à évaluer les résultats des épreuves de laboratoire, mais ils reçoivent peu ou pas de formation sur le dépistage des maladies mentales et l'évaluation des patients qui en sont atteints.

PsP : D'accord, mais à titre de contrôleurs de l'accès aux médicaments, les pharmaciens ne devraient-ils pas téléphoner au médecin du patient pour savoir pourquoi le médicament a été prescrit et pour quelle raison la dose prescrite est si faible?

Leila : Idéalement, toutes les ordonnances soumises à la pharmacie préciseraient l'indication ou la raison pour laquelle le médicament est prescrit, mais dans les faits, ce n'est presque jamais le cas. Les pharmaciens peuvent tenter de téléphoner aux médecins prescripteurs, mais ceux-ci ne sont presque jamais joignables. Et même quand ils arrivent à les joindre, la réponse de ces derniers est généralement que le traitement est instauré à faible dose pour éviter les effets indésirables. Étant donné que les pharmaciens ne connaissent pas tous les détails sur les maladies de leurs patients, il est très difficile pour eux d'engager une discussion avec le médecin prescripteur sur la dose qui devrait être prescrite. La plupart des pharmaciens évaluent les risques (dose trop forte, interaction avec d'autres médicaments pris par le patient ou raison pour laquelle l'ordonnance ne devrait pas être exécutée) et remettent rapidement le médicament au patient. Les pharmaciens sont probablement plus à l'aise et compétents lorsqu'il s'agit de la prise en charge d'autres maladies, comme l'hypertension artérielle et le diabète, que de la prise en charge des maladies mentales. Si un patient atteint de dépression ne semble pas répondre à son traitement, on peut le réadresser à son médecin, mais la plupart des pharmaciens qui exercent dans une pharmacie communautaire seraient réticents à recommander un ajustement posologique à un médecin.

PsP : Diriez-vous que le système est dysfonctionnel quand il s'agit des interactions entre pharmaciens et médecins?

Leila : Malheureusement oui. Comme ils n'ont pas accès à tous les antécédents médicaux des patients, les pharmaciens n'ont pas les outils nécessaires pour se faire une idée globale de la situation. Par conséquent, ils se concentrent souvent sur le médicament et la prévention des risques. Les pharmaciens appellent les médecins en cas de risque d'interaction médicamenteuse ou si le patient réagit au médicament ou ne répond pas au traitement, mais le fait de leur téléphoner pour obtenir les antécédents des patients n'est pas une solution efficace dans le contexte actuel de la pharmacie.

PsP : Comment le système fonctionnerait-il, idéalement?

Leila : Le modèle doit assurément changer. La relation entre le patient, le pharmacien et le médecin doit être beaucoup plus collaborative. Le pharmacien doit engager une discussion sur le médicament et la dose prescrite dès le départ avec le patient. Comme le patient ne sait probablement pas **pourquoi** la dose prescrite est faible, l'idéal serait que le pharmacien puisse consulter ses antécédents médicaux pour trouver l'information nécessaire. Dans les cas où cette information n'est pas disponible, il faut pouvoir parler au médecin. Malheureusement, ce n'est pas comme ça que les choses se passent de nos jours. Les pharmaciens n'ont pas accès au dossier médical du patient. De plus, quand ils téléphonent au cabinet du médecin, ils se butent parfois à la hiérarchie. Il arrive que les médecins et les pharmaciens communiquent entre eux et avec les patients, mais c'est rare. Pour être franche, les médecins n'ont pas beaucoup de temps libre, et si le système était davantage axé sur la collaboration, ils recevraient peut-être beaucoup d'appels de la part des pharmaciens.

PsP : Alors, que suggèreriez-vous pour améliorer le système?

Leila : De nombreux aspects de notre système de santé doivent évoluer. Les pharmaciens doivent acquérir l'assurance et les compétences nécessaires pour être à l'aise d'engager la discussion sur les soins avec les patients et les médecins. De plus, les médecins doivent reconnaître que les pharmaciens sont leurs partenaires dans la prestation des soins aux patients. La pharmacie doit également évoluer pour faciliter la tenue de discussions avec les patients. Nul doute, les pharmaciens doivent acquérir des compétences et des outils, mais ils doivent également disposer de l'espace et des ressources nécessaires pour assurer la prise en charge adéquate des patients.