
Le critère biologique pour la polyarthrite rhumatoïde au Canada

par Jane Purvis, M.D., FRCPC

Le traitement des maladies rhumatismales a changé de façon drastique au cours des 15 dernières années avec l'avènement de nouveaux traitements efficaces et la réévaluation des anciens médicaments, nous menant maintenant au concept de traiter les patients jusqu'aux valeurs cibles et de travailler en vue d'éviter l'invalidité et la difformité.

En même temps que cette révolution sur le plan du traitement est venue une augmentation significative des coûts directs associés au traitement. Cette réalité a amené les payeurs et les prescripteurs à tenter de rationaliser ou d'établir des stratégies d'utilisation pour ces traitements, comme d'exiger que des médicaments plus anciens soient utilisés en premier lieu ou d'accorder l'accès aux agents biologiques seulement aux patients présentant un certain niveau d'activité de la maladie. Cela avait donné lieu à des situations où des patients atteints de maladies semblables, mais couverts par des compagnies d'assurance différentes, n'avaient pas accès aux mêmes médicaments. Les critères provinciaux pour l'accès aux agents biologiques pour traiter les maladies rhumatismales sont aussi très différents, de sorte que la transférabilité de couverture actuelle à travers les assureurs et les provinces est inégale et plutôt inéquitable.

Afin de remédier à cette situation de façon proactive, le comité sur les tiers payeurs de l'Association de rhumatologie de l'Ontario (ARO), avec la bénédiction de la SCR, a entamé des discussions avec l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) qui souhaitait également introduire une plus grande uniformisation dans le système. À titre d'effort initial, il fut décidé de se pencher sur l'accès aux agents biologiques pour les adultes atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR), puisqu'il existe des normes de traitement publiées par la SCR, et bien acceptées, et que la maladie est bien caractérisée et relativement commune. Compte tenu du nombre relativement peu élevé de rhumatologues à travers le pays, cela semblait être un premier objectif raisonnable pour tenter de créer un critère pancanadien d'accès aux agents biologiques pour les assureurs privés.

Dès le départ, il fut décidé que le nom spécifique du médicament biologique n'était pas aussi important que

d'obtenir l'accès aux agents biologiques en tant que classe. C'était là une décision importante pour permettre aux assureurs de pousser les discussions plus loin. Par conséquent, tous les agents biologiques approuvés pour la PR en date de janvier 2014 ont été considérés collectivement, à l'exclusion du rituximab qui est approuvé en deuxième intention, le plus souvent après un autre agent biologique. Le critère a été dérivé des lignes directrices fondées sur les données probantes disponibles, en particulier les lignes directrices de la SCR pour la PR. L'ACCAP a aidé à faciliter la discussion avec ses compagnies d'assurance membres par le biais de réunions avec l'industrie et d'une téléconférence avec les membres du comité ARO/SCR. L'équipe ARO/SCR incluait la Dre Jane Purvis (présidente du comité), le Dr Arthur Karasik, le Dr Philip Baer, le Dr Carter Thorne (président sortant de l'ARO, président sortant de la SCR, président du comité des produits thérapeutiques de la SCR), M. Denis Morrice, Mme Dawn Richards (représentante de l'Alliance canadienne des arthritiques [ACA]), en consultation avec la Dre Cathy Flanagan et le Dr Jason Kur (Colombie-Britannique), le Dr Cory Baillie (président de la SCR, Manitoba), le Dr Jamie Henderson et le Dr Peter Docherty (Nouveau-Brunswick), le Dr Frédéric Morin, le Dr Boulos Haraoui et le Dr Denis Choquette (Québec) et la Dre Janet Pope, la Dre Vandana Ahluwalia, le Dr Henry Averbs, le Dr Nikhil Chopra et le Dr Felix Leung (Ontario). Toutes les opinions favorables et dissidentes ont été attentivement considérées par le comité.

Le critère final accepté est comme suit :

- un essai d'au moins 12 semaines avec le méthotrexate et au moins un autre antirhumatismal modifiant l'évolution de la maladie (ARMM);
- là où il est impossible de combiner des ARMM non biologiques (une situation rare), l'essai de trois ARMM non biologiques consécutifs serait acceptable.

L'entente avec les assureurs stipule que, à l'avenir, sauf indication contraire par le promoteur du régime, les régimes d'assurance privés se conformeront à ce critère uniformisé à

travers le pays. Cette première étape, atteinte après maintes discussions et considérations, n'est que notre point de départ pour ce périple; il est prévu de réévaluer la fonctionnalité de ce critère après quelques mois d'application. Les commentaires des prescripteurs, des assureurs et des regroupements de patients seront les bienvenus. L'ACCAP et l'équipe ARO/SCR se réuniront pour évaluer toute modification qui pourrait s'avérer nécessaire. Il est à espérer que ce simple critère, appliqué par tous les assureurs à travers le pays, pourra mener à des résultats uniformisés semblables concernant les listes de médicaments provinciales pour les patients atteints de PR. Dans les mois à venir, nous aborderons la question avec les représentants de chaque province pour déterminer s'il y a une volonté de progresser dans cette direction.

Références :

1. Bykerk VP, Akhavan P, Hazlewood GS, et coll. Canadian Rheumatology Association Recommendations for Pharmacological Management of Rheumatoid Arthritis with Traditional and Biologic Disease-modifying Antirheumatic Drugs. *J Rheumatol* 2012; 39(8):1559-82.
2. Bombardier C, Hazlewood GS, Akhavan P, et coll. Canadian Rheumatology Association Recommendations for Pharmacological Management of Rheumatoid Arthritis with Traditional and Biologic Disease-modifying Antirheumatic Drugs: Part II Safety. *J Rheumatol* 2012; 39(8):1583-602.

Jane Purvis, M.D., FRCPC
Présidente, comité sur les tiers payeurs,
Association de rhumatologie de l'Ontario/SCR
Présidente sortante, ARO
Rhumatologue, The Medical Centre
Peterborough (Ontario)

Mise à jour du comité des thérapeutiques : où nous en sommes

par Carter Thorne, M.D., FRCPC, FACP

La SCR a entrepris une grande transformation afin de mieux desservir ses membres et d'accomplir sa mission. Dans le cadre de cette restructuration, nous avons apporté des changements à l'organisation administrative (qui comprend maintenant un poste de PDG) et aux comités, tant sur le plan de leur obligation de rendre compte que de leurs mandats. Nous avons maintenant des comités du conseil qui veillent à la mission de la SCR et des comités des opérations qui veillent à sa mise en œuvre.

L'ancien comité des thérapeutiques fait maintenant partie du comité des lignes directrices dont le mandat est la revue, le développement et la mise en œuvre de lignes directrices; sous la direction de la Dre Shahin Jamal, leurs activités sont le plus souvent réflexives et proactives. Le nouveau comité des thérapeutiques a pour mandat l'examen des questions qui pourraient se présenter, y compris les demandes de membres, d'agences et de payeurs, qui sont souvent de nature réactive.

À titre d'exemple récent, notons le succès de la SCR dans le cas de la suspension de naproxène (Naprosyn); revoyez l'article « Exemple de réussite en matière de défense d'intérêts » dans le *JSCR* de l'hiver 2014 pour tous les détails. Dans cette situation, la SCR avait été en mesure de faciliter un procédé qui devait prendre deux années pour le compléter en 10 mois.

Plus récemment, nos collègues pédiatriques ont identifié une autre lacune dans les soins, soit l'absence d'hexacétone de triamcinolone (HT) sur le marché; cet agent est particulièrement prisé pour le traitement des jeunes patients. Même si le numéro d'identification du médicament (DIN) était toujours détenu par une entreprise canadienne, il n'y avait aucun intérêt de la part de

cette source. Des personnes ressources ont été identifiées par les membres du comité et une réunion de stratégie a eu lieu à Newmarket en juillet 2015, regroupant la Dre Deborah Levy, Christine Charnock, Denis Morrice, Ken D'Entremont de Medexus et moi-même. Ken a été en mesure d'identifier une source de fabrication européenne approuvée par l'EMA, d'obtenir un engagement à fournir le produit et de soumettre une demande à Santé Canada par la voie réglementaire appropriée. En même temps, la SCR a communiqué avec des représentants de Santé Canada pour leur fournir des renseignements de base et obtenir leur engagement envers ce projet. En un mois, nous avons obtenu l'approbation de Santé Canada pour un Programme d'accès spécial (PAS) pour l'HT et en août 2015, le produit « atterrissait » au Canada pour distribution... un extraordinaire échecancier de moins de six semaines!

Les projets en cours de développement comprennent une réponse aux pharmaciens à propos des interactions médicamenteuses avec le MTX et la question des préoccupations ophtalmologiques à l'égard de l'hydroxychloroquine.

Tout membre souhaitant contribuer aux actions du comité des thérapeutiques est invité à communiquer avec moi ou avec Christine Charnock.

Carter Thorne, M.D., FRCPC, FACP
Président sortant, Société canadienne de rhumatologie
Directeur médical, The Arthritis Program
Chef de la division de rhumatologie,
Centre régional de la santé de Southlake
Newmarket (Ontario)