



# FOND DE L'HISTOIRE

JANVIER 2017



**DÉPRESSION ET MÉDICALISATION DE LA TRISTESSE  
EST-CE QUE « TRAITEMENT » RIME MAINTENANT  
AVEC « MÉDICAMENTS »?**

**PAGE 2**

**PROGRAMME DES DONS COMMUNAUTAIRES :**

YWCA de Yellowknife – Programme Moving On Up

**PAGE 7**

**NOUVEAUTÉS...**

Nouvelle stratégie canadienne pour les drogues  
et autres substances

Un plus grand nombre de vaccins maintenant offerts  
dans les pharmacies de l'Ontario

Sensibilisation par l'infographie sur les maladies chroniques

**PAGE 8**



# DÉPRESSION ET MÉDICALISATION DE LA TRISTESSE

## EST-CE QUE « TRAITEMENT » RIME MAINTENANT AVEC « MÉDICAMENTS »?

Malgré tous les articles que nous vous faisons parvenir sur les produits biologiques, les biosimilaires, les médicaments de spécialité... les demandes de règlement pour les antidépresseurs représentent la dépense la plus importante du portefeuille d'affaires de GSC. Nous effectuons plus de paiements pour les antidépresseurs, tant par le nombre de demandes de règlement que par le coût, que pour toute autre catégorie de médicament. Il est évident que les promoteurs de régime investissent beaucoup d'argent dans les antidépresseurs; nous avons versé 45 millions de dollars en règlement pour les antidépresseurs en 2015, mais est-ce que cet investissement rapporte pour ce qui est d'avoir des répercussions égales en aval sur la santé des membres du régime?

Nos fidèles lecteurs savent que nous aimons poser ces questions difficiles, et c'est la raison pour laquelle nous examinons de plus près les constantes en matière de dépenses en antidépresseurs. Toutefois, comme vous le savez également, nous n'avons pas toujours toutes les réponses, mais nous nous donnons pour mission de continuer à chercher. En tant que spécialistes en garanties de soins de santé, nous faisons de notre mieux pour déterminer si les résultats concrets en matière de santé découlent de l'investissement de nos promoteurs de régime. Jusqu'à présent, nous avons mis au jour une foule de données que les promoteurs de régime devraient prendre en considération...

### Un montant de 45 millions de dollars en antidépresseurs

Comme vous vous en rappelez peut-être, nous mentionnions dans le numéro de juin 2016 du *Fond de l'histoire*, dans lequel nous faisons un compte rendu de l'Étude sur la santé 2015 de GSC, que l'un des objectifs de toutes nos études est de déterminer quels coûts contribuent à l'augmentation des dépenses de votre régime de soins de santé. Plus précisément, dans le cadre de l'analyse 2015, nous nous sommes concentrés sur 35 000 membres du régime à qui des antidépresseurs avaient été prescrits pour la première fois sur une période de trois ans pour voir ce que nous pourrions apprendre de l'historique des prescriptions et des demandes de règlement.

L'analyse a révélé que de 12 % à 15 % des patients à qui on avait prescrit ces médicaments pour la première fois sur cette période de trois ans suivaient les normes habituelles en matière de traitement pour la dépression. Quant aux autres 80 % à 85 % sur la période de trois ans, nous avons observé une combinaison de décrocheurs, c'est-à-dire des patients qui n'ont jamais commencé leur traitement, d'« occasionnels » qui n'ont pas poursuivi leur traitement après la première ordonnance, et de personnes qui prenaient des doses très faibles, tellement faibles qu'on ne peut s'attendre à aucun résultat clinique.

La non-observance élevée des traitements, les faibles doses et l'utilisation qui donne des indices de prescription abusive ont contribué à allumer un voyant rouge : est-ce que certains membres du régime prennent inutilement des antidépresseurs tandis que d'autres, qui pourraient bénéficier davantage des antidépresseurs, ne reçoivent pas nécessairement tout le soutien dont ils ont besoin? Une situation pour le moins inquiétante. Comme c'est toujours le cas, il faut s'en remettre au domaine de la recherche pour voir si les données de GSC sont représentatives de la situation d'ensemble concernant la dépression.

### Qu'est-ce que les recherches nous indiquent?

Au cours de la dernière décennie, la quantité d'antidépresseurs prescrits a plus que doublé en Angleterre<sup>1</sup>, une tendance également observée dans de nombreux autres pays. Par exemple, en 2011, la dernière année pour laquelle des chiffres comparatifs sont disponibles, le Canada affichait le troisième niveau le plus élevé de consommation d'antidépresseurs parmi les 23 pays sondés par l'OCDE<sup>2</sup>. Il n'y a toutefois eu aucun changement dans la prévalence annuelle d'épisodes importants de dépression au Canada<sup>3</sup>.

## RÉSULTATS DE RECHERCHE

D'une part, si les taux de dépression n'ont pas changé de façon considérable, pourquoi y a-t-il tant de diagnostics de dépression et de prescriptions d'antidépresseurs? Et, d'autre part, avec un nombre de prescriptions d'antidépresseurs si élevé, pourquoi les taux de dépression ne sont-ils pas en baisse?

Comme les conclusions de l'étude de GSC, les recherches scientifiques élargies indiquent que de nombreuses personnes ayant besoin d'un certain niveau de soutien, mais pas nécessairement d'antidépresseurs, reçoivent une prescription d'antidépresseurs. Elles sont exposées aux risques inhérents aux médicaments (c.-à-d. les effets secondaires) sans en retirer des avantages. En revanche, ceux qui pourraient bénéficier des antidépresseurs n'en prennent peut-être pas. Par exemple, les résultats d'une étude américaine réalisée en 2011 démontrent que « seulement un tiers des personnes souffrant de dépression grave qui ont vraiment besoin d'antidépresseurs en prennent, alors que plus des deux tiers des personnes qui prennent des antidépresseurs ne souffrent pas vraiment de dépression »<sup>4</sup>. Pour comprendre les raisons de cette situation, et la façon de l'améliorer, nous avons essayé de déterminer tous les facteurs qui y contribuent.

### Quels sont les facteurs en jeu?

L'un des enjeux les plus importants qui ont une incidence sur l'utilisation croissante d'antidépresseurs est que, tant sur le plan culturel que clinique, nous semblons ratisser de plus en plus large.

Par exemple, la société catalogue aujourd'hui une personne ayant des symptômes légers de dépression comme ayant une maladie; cette personne est « malade ». De même, chez le médecin, les patients qui, autrefois, auraient reçu un diagnostic de symptômes légers de dépression reçoivent aujourd'hui un diagnostic de dépression et on leur prescrit des antidépresseurs. Mais pour utiliser notre mot préféré, pourquoi?

#### **Ce qui constitue la dépression continue d'évoluer**

L'étude critique des troubles dépressifs majeurs a révélé qu'une étiquette diagnostique générale a entraîné un surdiagnostic et un traitement excessif. On peut donc en déduire que l'approche en matière de diagnostic et de traitement de la dépression devrait changer afin de réduire la stigmatisation de « la tristesse » et offrir une plus grande aide à ceux qui ont le plus besoin d'un traitement médical et d'un suivi complet. (*Médicalisation de la tristesse : La nouvelle classification de la dépression constitue un risque qu'un plus grand nombre de patients reçoivent un traitement pour lequel ils ne tireront aucun avantage*<sup>5</sup>.)

#### **Les antidépresseurs ont une efficacité négligeable (voire nulle) pour la dépression légère**

Cette étude a révélé qu'il n'y a aucune preuve substantielle que les personnes ayant subi une perte (deuil non compliqué) bénéficient d'un traitement aux antidépresseurs et que de nombreuses affections diagnostiquées comme un trouble dépressif majeur, surtout celles liées à d'autres formes de perte, ne devraient pas faire l'objet de soins qui prévoient un traitement pharmacologique. (*Effets des antidépresseurs et gravité de la dépression : méta-analyse des données sur les patients*<sup>6</sup>)

#### **De nombreuses personnes chez qui on a dépisté la dépression ne reçoivent aucun traitement**

Les résultats démontrent également que la plupart des adultes américains chez qui on a dépisté la dépression n'ont reçu aucun traitement pour la dépression. À l'inverse, le dépistage s'est avéré négatif pour la majorité des personnes ayant reçu un traitement. Cela laisse entendre qu'il est important d'harmoniser plus efficacement les soins prodigués pour la dépression avec les besoins cliniques de chaque patient. (*Traitement de la dépression chez les adultes aux États-Unis*<sup>7</sup>)

#### **On ne fait pas souvent état des effets secondaires graves des antidépresseurs**

Un examen des rapports d'études cliniques a révélé que l'information essentielle à propos des résultats sur l'état de santé des patients était souvent absente des articles publiés. Par exemple, dans certains cas, des préjudices importants n'étaient pas mentionnés dans les articles publiés ni dans les rapports sommaires sur les essais. (*Comportement suicidaire et agression pendant un traitement aux antidépresseurs : revue systématique et méta-analyses fondées sur les rapports d'études cliniques*<sup>8</sup>)

## Sur le plan culturel...

La société nord-américaine est de plus en plus influencée par une culture de développement personnel qui met l'accent sur le bonheur, ou comme certains en font la mise en garde, une culture obsédée par le bonheur. Cependant, de nombreuses personnes estiment que cette idée, selon laquelle l'objectif est le bonheur permanent, suscite des attentes irréalistes et potentiellement malsaines. Alors que nous traversons les hauts et les bas inévitables de la vie, certaines personnes se culpabilisent en essayant d'atteindre l'objectif irréaliste du bonheur permanent<sup>9</sup>.

Les influences culturelles comprennent également l'intérêt de la société à réduire la stigmatisation entourant les problèmes de santé mentale et à encourager les gens à rechercher de l'aide. Par exemple, il y a eu au cours des dernières années un grand nombre de campagnes sur la santé mentale dont le but était de réduire la stigmatisation, sensibiliser les gens et les renseigner. Il ne fait aucun doute que ces programmes ont des retombées positives. Par exemple, les organisations qui font la promotion de la sensibilisation à la santé mentale constatent une diminution de la durée des absences causées par les problèmes de santé mentale.

C'est bien.

Par contre, si l'on tient compte du fait que les taux de diagnostic de dépression sont en hausse sans qu'il y ait d'augmentation significative des cas réels de dépression, cela donne à réfléchir : quelles sont les conséquences non voulues des efforts de sensibilisation à la santé mentale de la société? Est-ce que nous ratissons large au point de créer par inadvertance une culture où la tristesse et le stress sont devenus des « maladies »? Comme l'explique un expert, « La ligne est mince entre la déstigmatisation bénéfique de la maladie et la propagation épidémique de l'attribution d'une maladie<sup>10</sup> ». En tant que société, même si nous voulons nous assurer que les bonnes personnes obtiennent l'aide dont elles ont besoin, nous devons veiller à ne pas créer une culture qui se concentre sur la création et le traitement d'une « maladie » plutôt que sur la promotion de comportements sains visant à prévenir la maladie.

Ces influences culturelles peuvent donner lieu à un surdiagnostic de dépression et, par conséquent, à des prescriptions abusives. Par exemple, la médicalisation liée à la tristesse est décrite comme « la tendance croissante, surtout dans les soins primaires, à diagnostiquer la dépression (généralement un trouble dépressif majeur) chez les patients présentant de la tristesse ou de la détresse, et à leur prescrire des médicaments antidépresseurs<sup>11</sup> ». Mais (nous y revoilà), pourquoi?

## Sur le plan du diagnostic clinique...

Premièrement, il est important de souligner que diagnostiquer la dépression n'est pas une tâche facile. Avec ce que nous avons appris dans notre incursion dans les changements de comportements et tout ce qui touche la neurologie, il est évident que le cerveau est complexe. En fait, jusqu'à tout récemment, de nombreux aspects du cerveau étaient considérés comme un territoire inconnu.

Bien que la technologie permette aux scientifiques d'en apprendre encore plus, il demeure très difficile (sinon presque impossible) d'avoir accès à des tests objectifs qui aideraient les médecins à diagnostiquer de façon définitive la dépression. Même lorsque les médecins utilisent des outils de dépistage normalisés pour la dépression, les recherches indiquent que le dépistage a une incidence minimale sur la détection précise, la gestion ou le résultat de la dépression<sup>12</sup>.

À cela s'ajoute le manuel de diagnostic que la plupart des médecins nord-américains considèrent comme le guide faisant autorité en matière de diagnostic des maladies mentales. Ce manuel, qui a fait l'objet de nombreuses éditions au fil des années, a été critiqué pour sa tendance à appuyer le surdiagnostic. Les catégories de diagnostic traditionnelles sont devenues encore plus inclusives et de nombreuses nouvelles catégories de diagnostic sont introduites à chaque nouvelle édition du manuel. « Il semble que tous les types de problèmes psychologiques, même ceux qui sont inhérents à la condition humaine, pourraient être décrits par un diagnostic psychiatrique<sup>13</sup>. »

Il y a un autre facteur déterminant qui constitue un autre défi majeur pour les médecins. Sur le plan de la santé mentale, les médecins manquent de ressources parmi lesquelles puiser; essentiellement, ils n'ont pas de trousse d'outils en santé mentale à leur disposition. Par conséquent, bien que le premier réflexe du médecin soit d'orienter un patient vers des services de counseling, le fait est que les services de counseling ne sont pas facilement accessibles, qu'il faut parfois attendre des mois pour avoir un rendez-vous et qu'ils sont habituellement très coûteux.

De plus, nous vivons dans une société où la consommation de pilules est de plus en plus la norme; les patients s'attendent habituellement à une solution miracle de leur médecin; une pilule qui guérit tout. Ainsi, avec des patients qui ne souffrent pas de dépression grave mais qui traversent simplement des périodes de difficultés de la vie et qui ont besoin d'aide, les médecins sont confrontés à un grave dilemme. Ils doivent choisir entre ne pas aider du tout le patient ou leur remettre une ordonnance, comme une dose sous-thérapeutique d'antidépresseurs. Au fond, les médecins sont pris entre l'arbre et l'écorce; ils subissent des pressions à la fois culturelles et cliniques pour traiter efficacement la dépression alors qu'ils ne disposent pas d'une trousse d'outils complète pour le faire.

## Quelles sont les conséquences des prescriptions abusives?

Le fait d'étiqueter les symptômes légers de dépression comme une maladie et de prescrire des antidépresseurs, même à des doses sous-thérapeutiques, peut avoir des conséquences très graves pour les patients. Par exemple, étiqueter des membres du régime avec un diagnostic psychiatrique pourrait laisser croire qu'ils sont malades et faire réagir en conséquence. Comme dans le cas de nombreux autres problèmes, cette situation peut avoir tendance à limiter la prise en charge de leurs problèmes de santé et nuire aux efforts de prise en charge.

Et dans une perspective d'ensemble, une culture qui s'en remet trop rapidement à la médicalisation de la tristesse et à la prescription d'antidépresseurs peut finir par drainer les ressources déjà limitées et détourner les ressources de ceux qui pourraient vraiment en profiter. Par exemple, nous avons parlé à un psychologue très expérimenté de Toronto qui a décrit de nombreuses personnes présentant des symptômes légers et inscrites sur une liste d'attente pour le consulter alors qu'elles pourraient être mieux prises en charge dans la collectivité. Il est donc difficile pour lui d'offrir des traitements à ceux qui souffrent de dépression grave.

## Une perspective nouvelle

Comme vous pouvez le constater, notre démarche nous a appris que la « dépression » comprend maintenant des symptômes légers et que le « traitement » de la dépression est de plus en plus synonyme de médicalisation. Nous en sommes donc arrivés à une conclusion importante : il est temps de voir le traitement de la dépression sous un nouvel angle.

Peter Gove, responsable de l'innovation en santé GSC, résume la situation de cette façon : « L'utilisation des antidépresseurs n'est pas toujours inappropriée, ce n'est pas ce que nous voulons dire. Cependant, nous recommandons fortement de voir le traitement de la dépression sous un nouvel angle, que cette dernière soit légère, modérée ou grave. Nous devons, d'une part, nous assurer que les personnes qui présentent des symptômes légers et modérés de dépression obtiennent l'aide dont elles ont besoin, aide qui pourrait comprendre ou non des antidépresseurs. Et, d'autre part, nous devons veiller à dépister efficacement les cas les plus graves pour lesquels, vraisemblablement, un traitement par antidépresseurs serait bénéfique. »

En tant que promoteur de régime, cela signifie qu'il faut admettre que la démarche qui consiste à ratisser le plus large possible et à adopter une approche médicalisée peut représenter une valeur très limitée pour ce qui est de la santé globale des membres du régime. Par conséquent, veiller à ce que nos programmes de santé mentale fassent la promotion de la santé plutôt que de mettre l'accent sur l'identification de la *maladie*.

**Qu'est-ce que cela signifie?** Cela signifie qu'il est important que les promoteurs de régime comprennent qu'une bonne santé mentale, c'est bien plus que des médicaments, et qu'ils sensibilisent les membres du régime à cet égard. Qu'ils fassent la promotion de comportements sains qui sont indiqués dans la recherche pour améliorer la santé mentale, comme la pratique régulière d'activités physiques, une alimentation saine, l'abandon du tabagisme et la consommation modérée d'alcool. De plus, qu'ils envisagent de rehausser le maximum annuel prévu par votre régime pour les services de counselling parce que des approches comme la thérapie cognitivo-comportementale sont bien documentées dans les études scientifiques comme étant bénéfiques.

## ... Et maintenant, la grande nouvelle-éclair...

Pour aborder la question de l'accessibilité et du coût des traitements autres que médicamenteux, GSC mettra à l'essai de nouvelles idées en 2017 qui permettront d'offrir aux médecins (et aux membres du régime) une série d'outils qui ne sont pas entièrement fondés sur les médicaments. Voilà ce qu'on appelle une perspective toute nouvelle!

---

## Sources

<sup>1</sup>« Prescriptions Dispensed in the Community, England 2005-2015, » Prescribing and Medicines Team Health and Social Care Information Centre, le 5 juillet 2016. Consulté en décembre 2016 : <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB20664/pres-disp-com-eng-2005-15-rep.pdf>.

<sup>2</sup>« Psychiatrist warns against trying to cure ordinary sadness as Canadians among top users of antidepressants, » Sharon Kirkey, *National Post*, le 19 janvier 2014. Consulté en décembre 2016 : <http://news.nationalpost.com/news/canada/psychiatrist-warns-against-trying-to-cure-ordinary-sadness-as-canadians-among-top-users-of-antidepressants>.

<sup>3</sup>« Descriptive epidemiology of major depressive disorder in Canada in 2012, » S.B. Patten, J. Williams, D.H. Lavorato, et coll, *Canadian Journal of Psychiatry*, 2015; 60:23-30.

<sup>4</sup>« Antidepressant Use Has Gone Crazy: Bad News from the CDC, » Allen Frances, *Psychiatric Times*, le 28 octobre 2011. Consulté en décembre 2016 : <http://www.psychiatristimes.com/blogs/antidepressant-use-has-gone-crazy-bad-news-cdc>.

<sup>5</sup>« Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit, » Christopher Dowrick, Allen Frances, *BMJ*, 2013; 347:f7140. Consulté en décembre 2016 : <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f7140>.

<sup>6</sup>« Antidepressant Drug Effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-Analysis, » Jay Fournier, Robert DeRubeis, Steven Hollon, Sona Dimidjian, Jay Amsterdam, Richard Shelton, Jan Fawcett, *JAMA*, le 6 janvier 2010. Consulté en décembre 2016 : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3712503/>.

<sup>7</sup>« Treatment of Adult Depression in the United States, » Mark Olfson, Carlos Blanco, Steven Marcus, *JAMA Internal Medicine*, 2016;176(10):1482-1491. Consulté en décembre 2016 : <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2546155>.

<sup>8</sup>« Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta analyses based on clinical study reports, » Tarang Sharma, Louise Schow Guski, Nanna Freund, Peter C Gøtzsche, *BMJ*, 2016; 352:i65. Consulté en décembre 2016 : <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i65>.

<sup>9, 11</sup>« Medicalising and medicating unhappiness, » Christopher Dowrick, Allen Frances, *BMJ* Volume 347, le 14 décembre 2013. Consulté en décembre 2016 : <http://www.bmj.com/bmj/section-pdf/750417?path=/bmj/347/7937/Analysis.full.pdf>.

<sup>10</sup>*How Everyone Became Depressed: The Rise and Fall of the Nervous Breakdown*, Edward Shorter, Oxford University Press, le 13 janvier 2013.

<sup>12</sup>« Screening and case finding instruments for depression, » S. Gilbody, A. House, T. Sheldon. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. N° : CD002792. DOI: 10.1002/14651858.CD002792.pub2. Consulté en décembre 2016 : [http://www.cochrane.org/CD002792/DEPRESSN\\_screening-and-case-finding-instruments-for-depression](http://www.cochrane.org/CD002792/DEPRESSN_screening-and-case-finding-instruments-for-depression).

<sup>13</sup>*Overdiagnosis in Psychiatry – How Modern Psychiatry Lost Its Way While Creating a Diagnosis for Almost All of Life's Misfortunes*, Joel Paris, Oxford University Press, 2015.

# PROGRAMME DES DONS COMMUNAUTAIRES

VOICI COMMENT NOUS CONTRIBUONS À L'INTÉRÊT COMMUN...



## Tracer la voie pour un avenir plus prometteur

### Voici comment les organismes que nous finançons changent le cours des choses

Les soins de première ligne – notamment les soins dentaires, soins de la vue, médicaments d'ordonnance, services de gestion de la maladie et services de soutien en santé mentale – peuvent être un catalyseur du changement. C'est pourquoi le Programme des dons communautaires de GSC s'attache à aider les organismes et initiatives qui fournissent des soins de première ligne aux personnes sous-assurées ou non assurées. Tous les organismes financés ont une composante « intervenant-pivot », ce qui signifie un changement positif en dirigeant les personnes vulnérables vers des services supplémentaires susceptibles d'améliorer leur situation.

### Les soins de première ligne à l'œuvre

#### YWCA de Yellowknife – Programme Moving On Up

Depuis 1996, le YWCA de Yellowknife travaille avec des femmes et des familles, dont plusieurs sont des sans-abris, des travailleurs à faible revenu et des assistés sociaux, pour les aider à réaliser leur plein potentiel. En tant que plus ancienne et plus importante organisation de femmes du Nord, le YWCA de Yellowknife a connu des débuts modestes avec une seule petite maison offrant de l'hébergement à des femmes célibataires sur le marché du travail pour devenir une organisation complète offrant aujourd'hui une vaste gamme de services : deux refuges pour femmes, deux immeubles résidentiels avec logements de transition pour les familles, des programmes de prévention de la violence, un service de garde abordable après les journées d'école ainsi que des programmes de responsabilisation des jeunes. Le logement et le refuge demeurent les éléments essentiels de son mandat, comme en témoigne le programme Moving On Up.

#### De la pauvreté à la possibilité

Moving On Up est un programme de logements de transition qui s'adresse principalement aux mères célibataires et aux couples qui vivent des problèmes de logement comme le sans-abrisme, l'éviction, le surpeuplement et la sécurité, ainsi que des problèmes liés à l'éclatement des relations familiales. La clientèle est habituellement formée de travailleurs à faible revenu ou de bénéficiaires de l'aide sociale. En plus d'offrir un logement de transition pour aider les personnes vulnérables à passer de la pauvreté à la possibilité, le programme crée un accord individuel avec chaque client et famille.

L'accord définit les enjeux particuliers associés au sans-abrisme auxquels est confronté le client ou la famille, et indique des façons de faire une transition vers une situation stable qui comprend notamment une vie autonome. Au cœur du programme, il y a un employé qui travaille avec chaque client ou famille pour évaluer sa situation particulière, ses besoins et ses objectifs afin de créer l'accord, ainsi qu'un plan pour aborder les problèmes sous-jacents. La prise de décision relève ensuite du client, afin qu'il ait le sentiment que l'accord favorise son autonomie. La force du programme réside dans le personnel; les employés en place sont toutefois sollicités au maximum, ce qui nécessite la création d'un nouveau poste d'intervenant-pivot pour maintenir la réussite du programme.

#### L'intervenant-pivot : le cœur du programme

Moving On Up fait vraiment une différence; par exemple, en ce qui a trait aux logements de transition, 97 % des clients actuels et précédents affirment que leur vie s'est améliorée en raison du programme. Heureusement, le programme est aujourd'hui en excellente posture pour poursuivre son succès grâce au financement de GSC qui a permis d'embaucher un intervenant-pivot afin que les employés n'aient plus à remplir plusieurs rôles à la fois. L'intervenant-pivot remplit des fonctions essentielles, comme faire des recommandations et s'assurer que les clients reçoivent l'aide dont ils ont besoin, puis faire le suivi auprès des personnes et des familles qui ont effectué la transition et qui ne font plus partie du programme. Pour plus de renseignements, veuillez consulter le site [www.ywcanwt.ca](http://www.ywcanwt.ca).

# NOUVEAUTÉS

## NOUVELLE STRATÉGIE CANADIENNE POUR LES DROGUES ET AUTRES SUBSTANCES

Comme vous vous en rappelez peut-être, le numéro de novembre 2016 du *Fond de l'histoire* abordait la question de la crise grandissante des opioïdes au Canada et de la réponse du gouvernement fédéral qui travaillait en collaboration avec divers intervenants. Tous les ordres de gouvernement ainsi que des organismes non gouvernementaux, des spécialistes en toxicomanie, la communauté médicale, les premiers intervenants, les groupes autochtones et les collectivités comprenant des personnes directement touchées par la consommation de drogues se sont réunis pour essayer de lutter contre la consommation de drogues.

Résultat de cette collaboration : une nouvelle stratégie fondée sur des données probantes qui accorde une priorité à la santé tout en renforçant l'application de la loi. La nouvelle *Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances* remplace l'actuelle Stratégie nationale antidrogue. Outre la prévention, le traitement et l'application de la loi, la nouvelle stratégie met l'accent sur la réduction des méfaits comme volet essentiel.

La nouvelle stratégie est appuyée par le projet de loi C-37, qui comprend des changements législatifs visant à modifier la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, la *Loi sur les douanes*, et la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes*. Pour accroître la réduction des méfaits, le projet de loi C-37 propose ce qui suit :

- Simplifier le processus de demande pour les nouveaux sites de consommation supervisée ainsi que le processus de renouvellement pour les sites existants;
- Interdire l'importation non enregistrée de certains dispositifs comme des presses à comprimés qui pourraient être utilisées pour la fabrication illégale de narcotiques;
- Accorder aux agents des services frontaliers l'autorisation d'ouvrir le courrier international pesant moins de 30 grammes livré par la poste ou par service de messagerie; à l'heure actuelle, les agents ne peuvent ouvrir le courrier pesant moins de 30 grammes sans le consentement du destinataire.

Il y a plusieurs autres amendements proposés, comme criminaliser la possession ou le transport de tout élément destiné à la production de substances réglementées, autoriser la mise en contrôle temporaire de toute substance potentiellement dangereuse en attente de son examen et travailler à éliminer de façon plus rapide et plus sécuritaire les produits chimiques et les autres substances dangereuses saisis. Les amendements proposés appuient le Plan d'action des opioïdes de Santé Canada (juin 2016) ainsi que les mises à jour du plan d'action signé lors du Sommet sur les opioïdes (novembre 2016).

Pour plus de renseignements, visitez le site du gouvernement du Canada à [http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?mthd=index&ctr.page=4&nid=1168519&\\_ga=1.237593987.268748710.1483066462](http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?mthd=index&ctr.page=4&nid=1168519&_ga=1.237593987.268748710.1483066462)



## UN PLUS GRAND NOMBRE DE VACCINS MAINTENANT OFFERTS DANS LES PHARMACIES DE L'ONTARIO

Les pharmacies participantes de l'Ontario peuvent désormais administrer aux personnes de cinq ans et plus des vaccins (dont un grand nombre est destiné aux voyageurs) qui les protègent contre les 13 maladies évitables suivantes :

- Bacille de Calmette et Guérin (tuberculose)
- Haemophilus influenzae de type B – également appelé Hib (infection bactérienne grave)
- Hépatite A
- Hépatite B
- Zona (herpès zoster)
- Virus du papillome humain (HPV)
- Encéphalite japonaise
- Méningite à méningocoques (maladies graves comme des infections de la membrane entourant le cerveau et de la moelle épinière, ainsi que des infections de la circulation sanguine causées par certaines bactéries)
- Infection à pneumocoques (gamme d'infections des oreilles et des sinus à la pneumonie et à la circulation sanguine)
- Rage
- Fièvre typhoïde
- Varicelle
- Fièvre jaune

**Quelle est l'incidence sur votre régime?** Certains des vaccins exigent une prescription d'un fournisseur de soins primaires comme un médecin de famille, un pédiatre ou un infirmier praticien. D'autres, comme le vaccin contre la grippe, n'exigent aucune prescription et sont gratuits lorsqu'ils sont administrés par un pharmacien ou un fournisseur de soins primaires. Si le vaccin fait partie du programme de vaccination financé par le gouvernement de l'Ontario, il n'y a aucuns frais s'il est administré par un fournisseur de soins primaires. Cependant, s'il est administré par un pharmacien, il y a des frais, et la plupart des régimes ne couvrent pas le coût de l'injection; par conséquent, cela représenterait une dépense que les membres du régime en Ontario devraient payer de leur poche. De plus, même dans les cas où un pharmacien n'exige pas de prescription pour administrer le vaccin, GSC exige une ordonnance pour qu'il soit une dépense admissible aux termes de votre régime.

Pour en savoir plus, consultez le site du gouvernement de l'Ontario à <https://news.ontario.ca/mohltc/fr/2016/12/ontario-facilite-lacces-aux-vaccins-a-lintention-des-voyageurs.html>

## SENSIBILISATION PAR L'INFOGRAPHIE SUR LES MALADIES CHRONIQUES

### Infographie à l'échelle du Canada

L'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada (APMCC), un réseau d'organismes nationaux qui ont uni leurs efforts pour aider à prévenir les maladies chroniques, a mis au point des infographies éducatives. La série d'infographies explique en quoi consistent les maladies chroniques, notamment les facteurs de risque communs, fournit des données probantes sur l'ampleur des maladies chroniques au Canada, explique quelles sommes d'argent pourraient être économisées même par de légères réductions des facteurs de risque et illustre des façons de faire la promotion d'un mode de vie sain pour prévenir les maladies chroniques. Pour télécharger les infographies, consultez le site de l'APMCC à [www.cdpc.ca/content.php?doc=330](http://www.cdpc.ca/content.php?doc=330).

## Infographies propres à l'Ontario

Une coalition d'une vingtaine d'organisations du secteur de la santé, l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques en Ontario (OCDPA), a lancé une initiative, qui comprend notamment une sensibilisation aux facteurs de risque, en créant des infographies gratuites et faciles à télécharger pour chacun des facteurs de risque. L'initiative plus vaste consiste en l'élaboration d'un cadre impliquant la collecte de données existantes sur les principaux facteurs de risque de maladie chronique (mauvaise alimentation, sédentarité, tabagisme, consommation d'alcool à risque élevé et maladie mentale), puis la compilation des données en une seule ressource. Cette initiative représente le premier cadre général propre à l'Ontario qui collecte et compare les facteurs de risque de maladie chronique partout en Ontario, et offre une référence pour des mesures à venir. L'idée est que le gouvernement, ainsi que les organisations, les chercheurs et les individus utiliseront le cadre comme outil de planification dans leurs efforts visant à prévenir les maladies chroniques et à surveiller les changements à court, à moyen et à long termes afin de mettre en lumière les défis à relever. Pour télécharger les infographies ou le rapport sur le cadre général, consultez le site de l'OCDPA à [www.ocdpa.ca](http://www.ocdpa.ca).

### GAGNANT DU TIRAGE D'UN FITBIT

Toutes nos félicitations à **KATHRYN JUNG, Toronto (Ontario)**, gagnante de notre tirage mensuel d'un Fitbit. Dans le cadre de ce concours, le nom d'un membre sera tiré au sort parmi les membres du régime qui se sont inscrits aux Services en ligne des membres du régime.



[greenshield.ca](http://greenshield.ca)

<b>London</b>	1.800.265.4429	<b>Vancouver</b>	1.800.665.1494
<b>Toronto</b>	1.800.268.6613	<b>Windsor</b>	1.800.265.5615
<b>Calgary</b>	1.888.962.8533	<b>Montréal</b>	1.855.789.9214
<b>Service à la clientèle</b>		1.888.711.1119	