



FOND DE L'HISTOIRE^{MD}

AVRIL 2017



LA MUTUALISATION EN ASSURANCE MÉDICAMENTS FAIT PARTIE DE LA SOLUTION, MAIS NE CONSTITUE PAS TOUTE LA SOLUTION

PAGE 2

PROGRAMME DES DONS COMMUNAUTAIRES :

Student Wellness Towards Community Health de Saskatoon

PAGE 7

NOUVEAUTÉS...

Initiatives en cours pour lutter contre le mauvais usage des opioïdes
3,5 millions de dollars en cartes-cadeaux
pour encourager les fumeurs à abandonner la cigarette

PAGE 8



LA MUTUALISATION EN ASSURANCE MÉDICAMENTS FAIT PARTIE DE LA SOLUTION, MAIS NE CONSTITUE PAS TOUTE LA SOLUTION

CE QU'ON Y TROUVE, ET CE DONT NOUS AURONS BESOIN DANS L'AVENIR

EP3, mutualisation en assurance médicaments de l'industrie, SCMAM – inutile de dire que le secteur des assurances a un jargon interne très abondant. Le sens de ces nouveaux termes, qui sont associés à des concepts complexes, peut être assez difficile à cerner. Par exemple : le cadre de mutualisation en assurance médicaments de l'industrie, dans lequel les règlements récurrents pour les médicaments onéreux sont regroupés afin de permettre le mouvement d'affaires, accroît la viabilité des régimes et atténue le risque. Complexe, en effet. Et la situation devrait devenir de plus en plus compliquée avec l'augmentation du nombre de médicaments onéreux qui pointe à l'horizon. C'est pourquoi nous avons décidé de plonger au cœur de la mutualisation en assurance médicaments de l'industrie et de consulter quelques éminents spécialistes qui nagent au milieu de ces questions comme des poissons dans l'eau.

Tout d'abord, voici comment le cadre de mutualisation en assurance médicaments de l'industrie a vu le jour

Vous avez peut-être déjà entendu le terme « mutualisation en assurance médicaments de l'industrie », qui circule depuis 2013. C'est à cette époque-là que l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) – l'association sans but lucratif et à adhésion libre qui représente le secteur de l'assurance – a collaboré avec les assureurs membres pour établir un cadre permettant aux assureurs de mutualiser les règlements récurrents pour des médicaments onéreux. Ainsi, le cadre de mutualisation en assurance médicaments a été créé pour qu'en réduisant l'impact des médicaments récurrents, les assureurs puissent fournir aux promoteurs de régime (ayant des programmes d'assurance médicaments entièrement assurés) une plus grande protection contre un règlement exceptionnellement coûteux et maintenir leur capacité de changer d'assureur s'ils le souhaitent. En plus de donner vie au concept de mutualisation en assurance médicaments, l'ACCAP a créé la Société canadienne de mutualisation en assurance médicaments (SCMAM) afin d'administrer le programme pour les 24 fournisseurs de régimes de soins de santé collectifs participants – en gros, la presque totalité des assureurs.

Ironiquement, en 2013, l'industrie considérait déjà les médicaments onéreux comme une menace – mais personne ne se doutait alors du nombre de médicaments onéreux qui feraient bientôt leur apparition. En fait, comme l'explique Gary Walters, conseiller principal de Cedar Hill Group Inc., les origines du concept remontent à bien avant. « À vrai dire, ça a commencé comme toutes les grandes idées, par une conversation informelle lors d'un 5 à 7. Pendant que nous suivions le match de soccer de la finale de l'Euro 2004 dans un bar sportif, un de mes clients et moi (j'étais alors réassureur) avons commencé à discuter de l'inquiétude que suscitait chez nous la façon dont l'industrie arriverait à composer avec les médicaments onéreux qui commençaient à faire leur entrée sur le marché. »

« Les questions de viabilité nous préoccupaient, et il devenait évident que, bientôt, la stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques du gouvernement ne parviendrait plus à couvrir les coûts exorbitants des médicaments, ajoute Gary. Et plus nous avançons dans notre discussion, plus nous nous rendons compte que le partage du risque associé aux médicaments onéreux pouvait offrir un certain répit. Au cours des quelques années qui ont suivi, le concept a commencé à prendre forme et, en 2009, lors de l'assemblée de l'ICA [Institut canadien des actuaires], nous avons constaté que les assureurs de première ligne se montraient ouverts au concept de mutualisation en assurance médicaments. L'ACCAP a ensuite mis sur pied un groupe de travail qui a réglé tous les détails. »

Le cadre comprend deux volets principaux

Le cadre de mutualisation en assurance médicaments de l'industrie est un concept global tout à fait logique. Là où on commence à se gratter la tête, c'est quand on examine toutes les subtilités de son application. La bonne nouvelle pour les promoteurs de régime – même s'il est important qu'ils comprennent bien ce que signifie la mutualisation en assurance médicaments pour leur régime – c'est qu'ils peuvent laisser tous ces détails à leur conseiller de régime et à leur assureur. Jongler avec les chiffres et créer des scénarios, c'est leur spécialité (et, aussi incroyable que cela puisse paraître, c'est même leur passion). Voici donc les aspects que vous devez connaître à propos du cadre de mutualisation, pendant que vos conseillers et votre assureur s'occupent des petits détails au jour le jour.

1. Le cadre comprend des EP3...

→ Chacun des 24 assureurs participants, y compris GSC, place les demandes de règlement pour des médicaments onéreux admissibles de tous ses régimes d'assurance médicaments collectifs entièrement assurés dans son propre pool, appelé EP3 (pour *extended drug policy protection plans*, ou régimes d'assurance médicaments complémentaires). Intéressant, non? On bénéficie ainsi de la protection de la mutualisation. Le niveau de mutualisation est négocié entre chaque promoteur de régime et l'assureur.

La mutualisation en assurance médicaments en action :

Pour les promoteurs de régime, la mutualisation dans un pool EP3 est l'aspect qu'il est le plus important de comprendre :

- GSC affecte automatiquement tous les promoteurs de régime entièrement assurés à l'un de ses pools EP3 obligatoires où sont mutualisées leurs demandes de règlement de médicaments onéreux admissibles. Les primes exigées d'un promoteur de régime pour les pools EP3 en assurance médicaments ne dépendent pas des règlements faits par le groupe du promoteur de régime dans ce pool.
- Lorsque les règlements combinés d'un membre du régime et de ses personnes à charge (qu'on appelle un « certificat ») atteignent ou dépassent 65 000 \$ pour deux années civiles consécutives, ils atteignent ce qu'on appelle le seuil initial. Et maintenant, en ce qui concerne la mutualisation en assurance médicaments de l'industrie...

La mutualisation en assurance médicaments de l'industrie agit en coulisses et n'a pas vraiment d'incidence sur vous.

- À la fin de chaque année, GSC soumet à la mutualisation en assurance médicaments de l'industrie tout certificat pour lequel le total annuel des règlements pour des médicaments est supérieur à 32 500 \$. Ce seuil de 32 500 \$ est ce qu'on appelle le seuil permanent.
- La mutualisation en assurance médicaments de l'industrie se produit en coulisses et réunit les 24 assureurs participants qui partagent le risque et les coûts des règlements mutualisés de tous les assureurs qui dépassent ces seuils. La mutualisation de l'industrie protège chacun des pools EP3 contre le coût des médicaments onéreux récurrents.

- Il est important de noter que, conformément aux principes établis par la SCAMM, les assureurs doivent, pour contribuer à maintenir la viabilité des régimes même avec des règlements récurrents pour des médicaments onéreux, fixer les primes des régimes d'assurance médicaments entièrement assurés des promoteurs de régime sans inclure les règlements d'assurance médicaments onéreux mutualisés. Ainsi, les primes pour votre pool EP3 ne dépendent pas de vos règlements provenant de ce pool.
- De plus, en théorie, le principe veut que la méthode EP3 remédie à la situation qu'on a parfois vue dans le passé et dans laquelle les promoteurs de régime ayant des règlements récurrents pour des médicaments onéreux pouvaient avoir du mal à changer d'assureur parce que ces règlements étaient toujours associés au groupe des promoteurs de régime et laissaient une image de mauvaise expérience de règlement. C'est ce qu'on appelle le principe de transférabilité de la SCAMM.

2. Et la mutualisation en assurance médicaments de l'industrie...

- Quand les coûts dépassent le seuil initial établi par la SCAMM pendant deux années civiles consécutives, la mutualisation en assurance médicaments de l'industrie soutient l'EP3 en éliminant une grande partie des effets des règlements récurrents pour des médicaments onéreux.
- En coulisses, les 24 assureurs participants répartissent entre tous les assureurs le coût des règlements dont le montant est élevé en plaçant ces règlements dans une mutualisation en assurance médicaments couvrant tout le secteur et administré par la SCAMM. Ainsi, le risque de règlements récurrents pour des médicaments onéreux est réparti entre tous les assureurs. On pourrait envisager ce cadre comme un réassureur parrainé par toute l'industrie.

Bien que les pools EP3 et la mutualisation en assurance médicaments de l'industrie soient distincts, puisque les pools EP3 sont des pools internes propres à chaque assureur tandis que la mutualisation en assurance médicaments de l'industrie couvre l'ensemble de l'industrie, ils sont tous deux nécessaires. Les deux volets du cadre de mutualisation ne devraient cependant pas dissuader les promoteurs de régime de limiter le remboursement des médicaments onéreux. De leur côté, les membres d'un régime devraient continuer à bénéficier de leur couverture, même lorsque leur régime doit rembourser de façon continue des médicaments onéreux.

« Pendant que nous travaillions au concept de mutualisation en assurance médicaments, explique Gary, nous nous sommes rendu compte que l'abordabilité pour les promoteurs de régime ayant des règlements pour des médicaments onéreux se résumait en réalité au traitement des règlements récurrents dont le montant est élevé, et qu'il existait aussi un risque lié à la réputation associé au fait de ne pas être en mesure de fournir aux membres d'un régime les nouveaux médicaments essentiels au maintien de la vie, ou aux promoteurs de régime incapables de maintenir leur régime d'assurance médicaments à cause de l'impact que pouvait avoir la récurrence d'un règlement d'un montant élevé sur les primes. »

« C'est ce qui a mené au concept de pool EP3 comme moyen de protéger les promoteurs de régime de la malchance d'avoir des règlements récurrents pour des médicaments onéreux et de l'impact que ces règlements peuvent avoir sur les primes, et ainsi de gérer le risque lié à la réputation. Bien entendu, nous nous sommes rendu compte que les règlements récurrents pouvaient avoir un impact important sur la mutualisation dans les pools EP3, en particulier pour les plus petits assureurs. Il était donc nécessaire de créer une mutualisation en assurance médicaments à l'échelle de l'industrie. Pour les plus gros assureurs, la mutualisation de l'industrie était nécessaire pour permettre la création des pools EP3, et est considérée comme le prix à payer pour atténuer le risque lié à la réputation dans toute l'industrie. »

La mutualisation en assurance médicaments dans la pratique aujourd'hui

Dan Berty, directeur général de la SCAMM, estime que de façon générale, le cadre de mutualisation fait ce pour quoi il a été conçu. « La mutualisation en assurance médicaments de l'industrie travaille en coulisses pour répartir le coût des médicaments onéreux entre les 24 assureurs. Et à l'échelle des assureurs pris individuellement, les pools EP3 sont efficaces parce qu'ils créent une plus grande uniformité en ce qui a trait à la gestion du coût des médicaments sous le seuil de mutualisation de l'industrie, alors qu'avant la mise sur pied de la SCAMM, les régimes assurés géraient les choses de différentes façons. Il y a sans doute des choses à améliorer, mais dans l'ensemble, les deux volets du cadre fonctionnent bien. »

Pour ce qui est des obstacles rencontrés en chemin, Erin Crump, directrice, Tarifs et analyses financières de l'entreprise, chez nous à GSC, et qui travaille quotidiennement avec le cadre, croit que l'un de ses principaux problèmes en est un de mauvaise compréhension. « On voit encore une grande confusion à tous les niveaux parmi les conseillers, courtiers, assureurs et promoteurs de régime. La communication doit au départ provenir de l'assureur, parce que la compréhension des promoteurs de régime dépend des renseignements qu'ils obtiennent de leurs courtiers et de leurs conseillers qui, eux, prennent leurs renseignements des assureurs. Si les courtiers ou les conseillers n'expliquent pas bien le concept ou ne le comprennent pas eux-mêmes entièrement, les promoteurs de régime seront embrouillés eux aussi. »

Gary abonde dans ce sens et estime que « l'une des erreurs que nous avons faites est d'avoir laissé l'explication de ce concept entre les mains des assureurs individuels, de sorte que les renseignements sur les pools EP3 de chacune des compagnies d'assurances ont pris le dessus sur l'explication du principe général. Cette situation a créé beaucoup de confusion et de méprise. Par exemple, si l'élément le plus important à comprendre pour les promoteurs de régime est le pool EP3, l'accent semble mis davantage sur la mutualisation en assurance médicaments de l'industrie, qui agit entièrement en coulisses et n'a pas d'impact sur la relation entre les promoteurs de régime et les assureurs ».

Dans l'ensemble, il semble que certains assureurs aient fait un bon travail de communication et que d'autres en aient fait un moins bon, mais, comme l'explique Dan, « certains ont un plus gros volume d'affaires entièrement assuré, de sorte que leur priorité était d'expliquer ce qu'est la mutualisation en assurance médicaments puisqu'elle représente une partie importante de ce qu'ils font. D'autres, par contre, ont un volume d'affaires entièrement assuré beaucoup moins important, une plus grande partie de leurs affaires étant répartie dans les régimes de services administratifs seulement (SAS) et le marché des services de remboursement, de sorte que la mutualisation, bien qu'importante, ne reçoit pas autant d'attention de la part de ces assureurs ».

« De plus, poursuit Dan, la plupart des promoteurs de régime n'ont pas besoin de comprendre en profondeur les assurances, car ils comptent sur leurs courtiers et leurs conseillers comme représentants de l'assureur. Cependant, il paraît assez évident qu'en ce qui concerne la compréhension de la mutualisation par les courtiers, les conseillers et les promoteurs de régime, le score n'est pas de huit sur dix, mais plutôt de cinq ou six sur dix. Mais le sujet est complexe, et pour un courtier ou un conseiller, il ne constitue qu'une petite partie de l'ensemble. »

En ce qui concerne le principe de la transférabilité, Dan explique qu'il croit que l'objectif est atteint, mais seulement jusqu'à un certain point. « On entend suffisamment d'exemples, dans les discussions non officielles des courtiers et des assureurs, qui montrent que les régimes dont le certificat compte de très gros règlements ne changent pas d'assureur, ou du moins qu'un transfert est très inhabituel. Il semble que les assureurs ne montrent pas beaucoup d'intérêt à faire des soumissions lorsque les règlements dépassent les 250 000 \$. Ainsi, je dirais que la transférabilité existe jusqu'à un certain point, mais ne se fait pas sans difficulté. »

Ce que l'avenir nous réserve...

Heureusement, en ce qui concerne les communications, les fonctions de Dan ont été élargies et comprennent la diffusion plus large d'information sur le cadre de mutualisation. Dan estime, par exemple, que les frais de mutualisation de plus en plus élevés sont très mal compris. Cependant, la SCMAM n'a pas actuellement accès aux données, et c'est aux assureurs d'expliquer la tendance de leurs coûts. Dan explique toutefois que la SCMAM tentera de compiler certains renseignements pour pouvoir présenter à l'échelle de l'industrie les données qui expliquent pourquoi les coûts sont ce qu'ils sont.

« Pour les promoteurs de régime, ces coûts représentent en fait le coût des règlements à l'intérieur du pool EP3, mais comme les principes financiers qui sous-tendent le cadre de mutualisation sont très complexes, les promoteurs ne songent peut-être pas aux frais de mutualisation de cette façon, explique Dan. Par exemple, pour ce qui est des coûts, il est utile pour les promoteurs de régime de comprendre qu'il n'y a pas de point de départ normalisé pour la mutualisation dans les pools EP3. Celle-ci commence habituellement entre 10 000 \$ et 15 000 \$, et l'entrée dans la mutualisation d'assurance médicaments de l'industrie se fait au seuil de 32 500 \$. Pour la première année d'un règlement pour un médicament onéreux, le promoteur de régime et le pool EP3 absorbent la totalité des coûts, puis, pour la deuxième année, tout ce qui dépasse 32 500 \$ jusqu'au montant maximal de mutualisation d'un demi-million de dollars est couvert par tous les assureurs par l'entremise de la SCMAM. Ainsi, même pendant la deuxième année et les années suivantes, le coût de la couverture des médicaments dans cette fourchette est partagé par tous les promoteurs de régime en étant compris dans les primes EP3. Et le nombre de médicaments qui entrent dans cette catégorie est aujourd'hui beaucoup plus important. »

Il est intéressant de noter que, même si les communications étaient plus nombreuses, et même si le principe du cadre de mutualisation était limpide pour tous ceux qui y participent, Gary croit qu'il est important que l'industrie reconnaisse que la mutualisation en assurance médicaments en elle-même n'a jamais été conçue comme une solution à long terme pour les médicaments onéreux, mais permet de gagner du temps en attendant qu'une solution plus globale soit mise au point.

Pas une solution à long terme

Même en tenant compte du fait que le nombre de médicaments onéreux et le montant des règlements pour ces médicaments ont largement dépassé tout ce à quoi on pouvait s'attendre lorsque les discussions sur le cadre de mutualisation ont commencé, Gary explique que la mutualisation en assurance médicaments devrait toujours n'être considérée que comme une partie de la solution. « La grande question, c'est de savoir si les médicaments onéreux constituent un enjeu de société auquel tous devraient contribuer. Je crois que oui. Assureurs, conseillers, promoteurs de régime, gouvernements, prescripteurs et industrie pharmaceutique – nous devons tous collaborer parce que nous ne parviendrons certainement pas à une solution si nous travaillons tous dans des directions différentes. Le débat doit être inclusif et constructif. »

« D'après ce que je constate, renchérit Dan, s'il n'y avait pas de cadre de mutualisation, certains régimes auraient dû mettre fin à leur couverture, ce qui aurait assurément eu un impact négatif. Le cadre de mutualisation a donc atteint son objectif à cet égard, et il continuera à le faire, mais le coût élevé des médicaments est de toute évidence un enjeu de société plus large qu'il est de plus en plus urgent de régler. »

Erin croit aussi que beaucoup de travail reste à faire au-delà du cadre de mutualisation. « La mutualisation en assurance médicaments ne permet pas de rendre les régimes viables à long terme, précise-t-elle, et nous ne voulons pas que les promoteurs de régime limitent leurs régimes avec des stratégies de plafond pour le remboursement des médicaments, ce qui nuirait aux membres des régimes les plus vulnérables de leur groupe. Nous devons donc adopter une approche comportant de multiples facettes. »

Que pouvons-nous retenir de notre plongeon dans le cadre de mutualisation en assurance médicaments? Que pour l'avenir, les mots-clés sont sans contredit la créativité et la collaboration.

Sources :

Site Web de la Société canadienne de mutualisation en assurance médicaments, consulté en mars 2017 : <http://cdipc-scmam.ca/index%20FR.html>

Site Web de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, Société canadienne de mutualisation en assurance médicaments, consulté en mars 2017 :

https://www.clhia.ca/domino/html/clhia/CLHIA_LP4W_LND_Webstation.nsf/page/BD89A7B752F011CD852579D40053CFE7!OpenDocument

L'industrie canadienne des assurances de personnes lance une initiative visant à protéger la couverture des médicaments des Canadiens, Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, le 3 avril 2012, consulté en mars 2017 : https://www.clhia.ca/domino/html/clhia/clhia_lp4w_lnd_webstation.nsf/page/A8F89696F8F9E0A85257EAC0065C02A!OpenDocument

PROGRAMME DES DONS COMMUNAUTAIRES

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



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 vise à aider les organismes et les 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 puisque les personnes vulnérables sont dirigées vers des services supplémentaires susceptibles d'améliorer leur situation.

GSC

Les soins de première ligne à l'œuvre

soins  de première ligne

Student Wellness Towards Community Health de Saskatoon – Services cliniques interdisciplinaires

La Student Wellness Initiative Towards Community Health, mieux connue sous le nom de SWITCH, est une clinique située à Saskatoon, en Saskatchewan. Gérée par des étudiants et accessible gratuitement, elle a pour vocation de favoriser la santé et le bien-être de sa clientèle. La clinique SWITCH, qui a été mise sur pied par des étudiants en 2005, est aujourd'hui exploitée par plus de 400 étudiants bénévoles de différentes universités. En plus d'être un endroit sûr où les gens peuvent échanger et passer du temps, l'établissement offre différents services de proximité : conseils sur la nutrition, cours pour adultes et enfants, garde d'enfants et aide aux devoirs pour les personnes de tous âges. Du café et du thé sont offerts gratuitement aux visiteurs, et un repas comprenant des fruits et légumes leur est également offert sans frais. La clinique SWITCH offre en outre une vaste gamme de services cliniques; c'est d'ailleurs l'un des fondements de ses activités.

Des équipes multidisciplinaires d'étudiants et de mentors

La population marginalisée de Saskatoon bénéficie des services cliniques de SWITCH. Dans la clientèle de la clinique, on retrouve beaucoup de sans-abris, personnes non assurées ou sans emploi, ou encore parents seuls. La plupart des bénéficiaires des services sont autochtones. Un médecin et un travailleur social sont en fonction à tous les quarts de travail à la clinique et supervisent des étudiants de diverses disciplines liées aux soins de santé. D'autres professionnels de la santé – infirmier, physiothérapeute, orthophoniste, pharmacien et chiropraticien, par exemple – se joignent à cette équipe multidisciplinaire le plus souvent possible. Grâce à ce modèle, la clinique SWITCH contribue à la formation de futurs professionnels de la santé tout en améliorant l'état de santé de certaines des personnes les plus vulnérables à Saskatoon.

Les patients peuvent ainsi recevoir des services subventionnés par le système de santé, mais aussi d'autres services non subventionnés – counseling, physiothérapie et soins chiropratiques, entre autres – tout à fait gratuitement. Le travailleur social de SWITCH possédant une vaste connaissance des services offerts dans l'agglomération de Saskatoon, il peut jouer le rôle d'intervenant-pivot. Et en plus de pouvoir assister à des cours et à des activités culturelles pendant les heures d'ouverture de la clinique, les clients ont maintenant accès sur place à des services spécialisés gratuits : une aide pour remplir leur déclaration de revenus ou pour faire leurs cartes d'identité, par exemple.

Continuer d'aider les gens dans le besoin

De toutes les cliniques exploitées par des étudiants au Canada, SWITCH est celle qui propose le plus large éventail de services. De ceux-ci, bon nombre sont des services cliniques offerts grâce au financement de GSC. Ce financement fait en sorte que plus de personnes dans le besoin reçoivent des soins cliniques essentiels, lesquels visent souvent à prendre en charge des maladies chroniques comme le diabète, l'arthrite et les problèmes de santé mentale. Du printemps à l'automne 2016, la clinique SWITCH a ainsi reçu 3 617 visites de personnes qui souhaitaient recevoir des services cliniques, assister à des cours ou, tout simplement, profiter d'un environnement chaleureux et sûr. Pendant la même période, 262 étudiants ont travaillé sur place à titre bénévole : au total, ils ont fait 1 141 quarts de travail (4 564 heures). Pour en savoir plus, rendez-vous à witchclinic.com.

NOUVEAUTÉS

INITIATIVES EN COURS POUR LUTTER CONTRE LE MAUVAIS USAGE DES OPIOÏDES

Alberta : Le College of Physicians and Surgeons of Alberta a publié une nouvelle norme de pratique intitulée *Prescribing: Drugs with Potential for Misuse or Diversion* (prescription de médicaments susceptibles d'être utilisés à mauvais escient ou détournés), qui regroupe un certain nombre de règles à suivre pour que les médecins prescrivent des opioïdes de façon responsable. Ces règles stipulent, par exemple, qu'un médecin doit vérifier les antécédents médicaux du patient en se basant sur une source indépendante. Tant qu'il n'est pas informé des antécédents médicaux du patient, le médecin ne doit lui prescrire que la dose minimale. Il doit aussi justifier ses choix de prescription à la lumière d'évaluations dûment documentées sur le patient. Enfin, le médecin doit se montrer prudent quand il rédige une ordonnance d'opioïdes : il doit tout d'abord discuter des autres options thérapeutiques possibles avec le patient ainsi que des risques et bienfaits du traitement. Pour en savoir plus, rendez-vous à www.cpsa.ca/wp-content/uploads/2017/03/cpsa-media-release-standard-prescribing-drugs-with-potential-for-misuse-abuse.pdf?x91570.

Colombie-Britannique : Le British Columbia Centre on Substance Use et le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique ont publié un document intitulé *A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder* (ligne directrice sur la prise en charge clinique des troubles de consommation d'opioïdes). Ce document, qui est actuellement utilisé à des fins de sensibilisation, deviendra dès le 5 juin 2017 la ligne directrice officielle de la Colombie-Britannique dans ce domaine. Entre autres recommandations, il préconise l'emploi de buprénorphine-naloxone (médicament portant le nom de marque Suboxone) dans le traitement de première intention de la dépendance aux opioïdes, à des fins de désaccoutumance. En outre, la ligne directrice précise qu'il est fortement déconseillé de considérer la gestion du sevrage ou la désintoxication comme un traitement unique, à moins qu'un plan ne soit en place pour assurer la transition du patient vers un autre traitement de la toxicomanie une fois la gestion du sevrage terminée. Pour en savoir plus, rendez-vous à www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines.

Nouvelle-Écosse : Le gouvernement néo-écossais a annoncé qu'il prévoit investir 1,1 million de dollars dans la distribution de quelque 5 000 trousseaux gratuits de naloxone (un antidote aux surdoses d'opioïdes) par l'intermédiaire de postes de police, prisons et pharmacies communautaires. Le gouvernement considère cette initiative comme une réponse immédiate au problème de la consommation d'opioïdes, parallèlement à l'élaboration d'un plan en bonne et due forme par un groupe de travail. D'autres initiatives sont également envisagées; le gouvernement évalue notamment la possibilité de mettre sur pied un centre d'injection supervisé dans la province, et il cherche des moyens de diminuer le volume d'opioïdes que prescrivent de nombreux médecins pour soulager la douleur chez leurs patients. Pour en savoir plus, rendez-vous à <http://thechronicleherald.ca/canada/1449298-nova-scotia-moves-to-head-off-overdose-deaths-amid-growing-flood-of-fentanyl>.

3,5 MILLIONS DE DOLLARS EN CARTES-CADEAUX POUR ENCOURAGER LES FUMEURS À ABANDONNER LA CIGARETTE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a remis 3,5 millions de dollars à l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa – en collaboration avec le programme *Moving on to Being Free* de l'Université Lakehead – pour mettre en œuvre un programme innovateur de désaccoutumance au tabac. Le programme en question, qui a pour but de rendre les thérapies de substitution de la nicotine plus accessibles et plus abordables, repose sur la distribution de « cartes d'abandon » pouvant être utilisées comme cartes-cadeaux.

Au Canada, seule une minorité d'hôpitaux ont des politiques ou procédures visant à cibler les fumeurs nouvellement hospitalisés et à les aider à abandonner la cigarette. Qui plus est, bon nombre de fumeurs indiquent que le coût des médicaments de désaccoutumance au tabac est l'un des principaux facteurs qui les empêchent de se débarrasser de leur mauvaise habitude. Dans le cadre du projet de distribution de cartes d'abandon, plus de 7 500 de ces cartes ont donc été remises à des fumeurs dans 80 hôpitaux et cliniques de soins spécialisés.

Les fumeurs peuvent utiliser leurs cartes d'abandon pour se procurer, dans n'importe quelle pharmacie de l'Ontario, des produits de substitution de la nicotine à utiliser seuls ou en association : timbres, gomme, inhalateurs, pastilles ou vaporisateurs. L'admissibilité des produits est établie d'après leur numéro d'identification du médicament (DIN) et, à la pharmacie, la carte est traitée de la même façon qu'une carte délivrée par un fournisseur d'assurance-médicaments. Chaque carte a une valeur initiale de 150 \$. Selon les besoins du patient, jusqu'à 300 \$ peuvent y être ajoutés.

En plus de recevoir une carte d'abandon, les fumeurs sont inscrits à un service de suivi et de soutien automatisé et peuvent prendre part à un programme de counseling sur la désaccoutumance au tabac après avoir quitté l'hôpital. Les cartes d'abandon ont été distribuées aux patients jusqu'au 31 mars 2017 et devront être utilisées au plus tard le 30 avril 2017. Le taux d'abstinence tabagique chez les participants sera évalué après un mois et après six mois dans le cadre du projet.

Pour en savoir plus, rendez-vous à <https://www.ottawaheart.ca/fr/communiqu%C3%A9/35-millions-pour-faciliter-l%E2%80%99acc%C3%A8s-aux-th%C3%A9rapies-d%E2%80%99abandon-du-tabac-pour-les-ontariens>.

CHEZ VOUS ET AILLEURS ... *Des événements à ne pas manquer*

Nous prenons la route pour présenter les résultats de l'Étude sur la santé 2017 de GSC : « Tant qu'on a la santé »

N'oubliez pas de participer à nos activités et découvrir ce que révèlent les données au sujet des stratégies à adopter pour assurer la survie des régimes de garanties de soins de santé, dans un contexte où de nombreux changements se produisent dans l'industrie. Les analyses et les études les plus récentes et les plus importantes sur les demandes de règlement apporteront un éclairage précieux.

Nous comptons sur votre présence!

VANCOUVER	10 AVRIL
EDMONTON	11 AVRIL
CALGARY	12 AVRIL
WINNIPEG	19 AVRIL
HAMILTON	27 AVRIL
MONTRÉAL	11 MAI
VICTORIA	1^{ER} JUIN
HALIFAX	6 JUIN

Conférence sur la valeur des médicaments génériques et biosimilaires – Le 15 mai 2017

Hôtel Ritz-Carlton, Toronto (Ontario)

<http://www.benefitscanada.com/microsite/value-of-generic-and-biosimilar-medicines/2017/>

Ned Pojskic traitera des stratégies optimales de gestion des formulaires de médicaments du point de vue des payeurs.

Conférence Healthy Outcomes – Les 13 et 14 juin 2017

Hôtel Shangri-La, Toronto (Ontario)

<http://www.benefitscanada.com/conferences/healthy-outcomes-conference>

Dans son allocution, **Peter Gove** encouragera les employeurs à prendre des mesures pour améliorer l'état de santé de leur personnel. GSC est l'un des commanditaires de l'événement.

GAGNANT DU TIRAGE D'UN FITBIT

Toutes nos félicitations à **HEATHER GILDNER, 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.



London	1.800.265.4429	Vancouver	1.800.665.1494
Toronto	1.800.268.6613	Windsor	1.800.265.5615
Calgary	1.888.962.8533	Montréal	1.855.789.9214

Service à la clientèle 1.888.711.1119

greenshield.ca
