



FOND DE L'HISTOIRE^{MD}

JUIN 2017



**LES SOINS DE SANTÉ NOUS EN DONNENT-ILS
RÉELLEMENT POUR NOTRE ARGENT?**

PAGE 2

PROGRAMME DES DONS COMMUNAUTAIRES :

Education Foundation of Niagara – Medical Needs Fund

PAGE 7

NOUVEAUTÉS...

Le point sur les opioïdes

De nouveaux rapports examinent la valeur
des nouveaux services offerts en pharmacie communautaire

Autres échos de la pratique pharmaceutique

PAGE 8



NOUS ATTACHONS BEAUCOUP D'IMPORTANCE AUX SOINS DE SANTÉ...

...MAIS NOUS EN DONNE-T-ON RÉELLEMENT POUR NOTRE ARGENT?

L'escalade actuelle des coûts des soins de santé semble nous faire glisser sur la pente de la non-viabilité, d'où la nécessité, plus que jamais, de faire fructifier nos investissements en santé. Or, la valeur n'est généralement pas au rendez-vous; qui pis est, nous ne nous attendons apparemment pas à en avoir pour notre argent, et nous l'exigeons encore moins. Nous accordons la priorité à la valeur dans d'autres aspects de notre vie – comme nos forfaits télé, téléphone et Internet –, mais il semble que nous ne scrutons pas la valeur des soins de santé d'un œil aussi critique.

Valeur des soins de santé = Excellente qualité au prix le plus bas

Notre système de soins de santé est un fleuron pour de nombreux Canadiens, mais est-il efficace? La valeur est-elle *réellement* au rendez-vous? Le mot « valeur » sous-entend qu'il ne suffit pas qu'un produit, service, établissement ou fournisseur de soins de santé donne *quelque chose*. Ce mot désigne la qualité et les résultats de ce quelque chose. Le principe est le suivant : tout investissement dans les soins de santé – qu'il s'agisse des fonds affectés à l'infrastructure hospitalière, rémunération des fournisseurs de soins de santé ou versement de prestations de soins de santé aux membres du régime – devrait produire des résultats d'excellente qualité par rapport aux coûts.

La salle d'attente d'un cabinet de médecin porte bien son nom parce que c'est un endroit où on est certain d'attendre indéfiniment et où cette certitude ne se dément jamais, mais peut-on parler de valeur dans ce cas? Nos attentes en matière de qualité et de valeur sont-elles trop modestes?

Comment le Canada se classe-t-il? Pas très bien...

Selon des données pour 2016, comparativement à dix autres pays, le Canada...

- compte la plus forte proportion de patients qui doivent attendre longtemps pour consulter des spécialistes;
- enregistre des délais d'attente à l'urgence qui représentent presque le triple de la moyenne internationale;
- se classe bon dernier, ex aequo, pour ce qui est de la possibilité d'obtenir un rendez-vous avec un médecin de famille le jour même ou le lendemain;
- se classe avant-dernier pour ce qui est de l'accessibilité à des médecins le soir ou pendant la fin de semaine; il en résulte que les Canadiens sont les utilisateurs les plus fréquents des services d'urgence, et les patients les plus susceptibles d'attendre quatre heures ou plus pour recevoir des soins d'urgence³.

Même une fois que les patients parviennent à consulter un médecin, il y a, dans certains cas, un problème de normalisation des soins. Ainsi, les taux de césariennes varient entre les hôpitaux du Grand Toronto : les patientes s'exposent à subir une césarienne dans un cas sur trois dans un hôpital, alors que dans un autre, le taux correspondant s'élève à moins d'une patiente sur quatre⁴.

De plus, le délai d'attente pour obtenir des soins de longue durée varie considérablement selon la région et l'établissement. L'attente peut dépasser 2 000 jours, soit cinq ans et demi⁵.

En outre, 138 000 patients – c'est-à-dire un patient sur 18 – admis dans des hôpitaux canadiens en 2014-2015 ont été victimes d'incidents évitables; par exemple, un médicament leur avait été administré par erreur ou ils ont développé une infection. De ce nombre, 17 300 patients – soit une personne sur huit – sont décédés pendant leur hospitalisation⁶.

De récentes manchettes donnent à penser qu'en effet, nous mettons la barre très bas, car le rendement de notre système de soins de santé laisse à désirer à l'égard d'un éventail d'indicateurs de qualité importants. Comme le *National Post* le rapporte, « dans un sondage auprès de 11 pays industrialisés portant sur les délais d'attente dans les services de santé, le Canada n'obtient pas la note de passage¹ ». Selon une étude menée par le Fonds du Commonwealth, en collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), comparativement aux patients de onze autres pays sondés en 2016, le Canada se classe largement sous la moyenne internationale à l'égard de sept des huit mesures de la rapidité d'accès aux soins².

Pas de quoi pavoiser!

...Peut-être pouvons-nous au moins faire valoir que la qualité du système s'améliore. Examinons les chiffres. Si la santé de la population s'améliore, la qualité du système doit forcément s'améliorer. Malheureusement, les statistiques sur les résultats en matière de santé infirment cette hypothèse.

Une étude comparative de l'ICIS sur le rendement du Canada et de 17 autres pays membres de l'OCDE dans le domaine de la mortalité prématurée entre 1960 et 2010 révèle que « la santé de la population canadienne s'est grandement améliorée au cours des 50 dernières années, mais lorsqu'on le compare à des pays semblables, le classement relatif du Canada n'a pas changé⁷ ».

Par exemple, la mortalité due aux maladies du cœur a diminué au cours de la période de référence, mais le taux de mortalité enregistré au Canada dépassait la moyenne internationale en 2010⁸. De plus, tous cancers confondus, même si le Canada a connu une baisse de la mortalité, en 2010 le taux de mortalité attribuable au cancer chez les Canadiennes restait supérieur à la moyenne internationale correspondante⁹.

Force est de constater que, dans l'ensemble, le Canada n'en a pas pour son argent dans le domaine des soins de santé. Dans le contexte actuel de hausse des coûts, le système doit relever ses exigences. Voici comment...

Instauration d'une culture de l'AQ au Canada

- L'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé a scellé des ententes entre le gouvernement fédéral et les administrations provinciales et territoriales en vue de l'amélioration des soins de santé.
- Des projets donnant priorité, à des degrés divers, à l'AQ ont commencé à voir le jour. En 2010, par exemple, le gouvernement de l'Ontario a promulgué une loi portant expressément sur l'AQ des soins de santé, intitulée *Loi sur l'excellence des soins pour tous*.
- Aujourd'hui, des organismes provinciaux de services de santé – p. ex., Qualité des services de santé Ontario, le Saskatchewan Health Quality Council et le Health Quality Council of Alberta – ont mis en place des fonctions d'AQ, essentiellement au sein de ministères de la Santé.
- De plus, une équipe de médecins canadiens, en partenariat avec l'Association médicale canadienne, a lancé *Choisir avec soin*. Il s'agit d'une campagne visant à aider les cliniciens et patients à engager le dialogue au sujet des tests et traitements qui ne sont pas nécessaires, et effectuer des choix éclairés et efficaces pour promouvoir l'excellence des soins.

On ne peut changer ce qu'on ne mesure pas

Partout dans le monde, les systèmes de santé reconnaissent que l'établissement de paramètres, la production de rapports et l'adaptation représentent les meilleurs moyens de stimuler la transformation des systèmes et créer de la valeur. Bien sûr, ce processus est désigné par un sigle qui fait chic : AQ, pour amélioration de la qualité. De fait, l'AQ n'est pas une nouveauté puisqu'elle tire son origine des secteurs de l'automobile et de la technologie. Une foule d'initiatives générales en matière d'AQ sont en cours dans de nombreux systèmes de soins de santé :

- Rendre obligatoire la publication des résultats relatifs à des indicateurs de rendement précis;
- Effectuer le suivi et rendre compte des délais d'attente;
- Accorder une certification aux organismes de services de santé;
- Former les professionnels des soins de santé et leur délivrer des permis d'exercice;
- Créer des organismes ayant pour mandat l'amélioration de la qualité des soins;
- Centraliser les services administratifs et instituer des centres d'excellence dans les grands organismes de services de santé afin de promouvoir l'efficacité.

L'examen et l'adaptation de modèles de remboursement constituent d'autres aspects de l'AQ visant à stimuler la création de valeur. Et tenez-vous bien... eh oui!, voici un autre sigle : RR (P4P en anglais), pour « rémunération au rendement » (et ses synonymes, soit « financement en fonction du rendement », « rémunération des résultats », « financement fondé sur les résultats » ou « remboursement axé sur les résultats »).

La RR rembourse les fournisseurs de soins de santé en fonction de certains indicateurs de qualité pour mieux aligner leur rémunération sur l'amélioration de la qualité des soins et des résultats pour la santé. Comme l'explique l'Organisation mondiale de la santé : « Les programmes de rémunération au rendement reposent sur le principe que si les fournisseurs de soins de santé sont rémunérés davantage pour certains comportements, processus et résultats, ces derniers seront davantage encouragés¹⁰ ». [Traduction]

Panorama mondial de l'AQ des soins de santé

- **États-Unis** : Concepts tels que celui des « accountable care organizations », ou organismes de services de santé responsables, composés d'un éventail de fournisseurs de soins de santé qui ont l'obligation de rendre compte des coûts et des résultats pour la santé.
- **Angleterre** : Politiques et initiatives visant à promouvoir le choix et la concurrence dans le système de soins de santé, et réorientation des priorités, qui sont passées de la gestion du rendement aux résultats cliniques.
- **Pays-Bas** : Changements apportés au marché de l'assurance-maladie pour accroître la qualité, l'efficacité et la réceptivité des clients.
- **Australie** : Réseaux de petits hôpitaux dirigés par des fournisseurs de soins de santé locaux, où le rendement revêt une importance primordiale dans l'équation du financement.
- **Mexique** : Consolidation des achats de médicaments afin de promouvoir la compétitivité sur les plans de la qualité et du coût des médicaments.
- **Chine** : Nouvelles technologies numériques en santé pour renforcer l'efficacité dans le cadre d'un réaménagement des priorités, qui délaisse le volume des services de santé au profit d'une meilleure qualité des soins.

Par exemple, les médecins traitants et spécialistes peuvent obtenir un remboursement ou des primes s'ils atteignent des cibles de rendement en matière de soins préventifs, efficience des soins, satisfaction des patients et prise en charge des maladies chroniques. Les hôpitaux peuvent recevoir un remboursement, des primes ou même des pénalités, selon les processus et les procédures qu'ils utilisent pour fournir des soins et, dans une certaine mesure, selon les résultats cliniques et la satisfaction des patients.

La plupart des pays membres de l'OCDE procèdent à la mise en œuvre d'une forme quelconque de rémunération au rendement dans le secteur de la santé. Une étude de 2012 montre que la rémunération au rendement est pratiquée dans 15 pays membres de l'OCDE dans les secteurs suivants : médecins traitants (les 15 pays), spécialistes (huit pays) et hôpitaux (huit pays)¹¹.

L'un des modèles de rémunération au rendement les plus connus est celui du Royaume-Uni, qui dispose du programme national de rémunération au rendement des soins primaires le plus complet à l'échelle mondiale. Dans ce programme, les médecins doivent atteindre des cibles liées à des indicateurs de qualité, et une part importante de leur rémunération est fonction de l'atteinte de ces cibles. Aux États-Unis, la rémunération au rendement des pharmaciens est en voie de se répandre, car les régimes de soins médicaux comportent de plus en plus d'incitatifs fondés sur le rendement des pharmaciens qui respectent certains critères.

Au Canada, certaines provinces ont adopté un modèle selon lequel les médecins peuvent encore conserver leur pratique, mais partagent les responsabilités avec d'autres médecins au sein d'équipes Santé familiale. Les médecins sont rémunérés selon un modèle de paiement par capitation mixte, qui allie les modèles de paiement par capitation et rémunération des services. Voici comment ce modèle fonctionne : le médecin reçoit une rémunération de base pour chacun des patients de sa pratique. Les patients nécessitent plus ou moins de soins de sorte que le montant par patient est ajusté de façon que les besoins, l'âge et le sexe de chacun entrent en ligne de compte. Le médecin est rémunéré en fonction du modèle de rémunération des services pour tous les patients qui ne font pas partie de sa pratique. Dans des conditions idéales, cette approche devrait favoriser la qualité parce qu'elle encourage le médecin à veiller sur la santé de ses patients vu qu'il ne touche pas de revenu additionnel si ses patients sont malades. De plus, le travail d'équipe devrait encourager la collaboration en tant qu'autre moyen d'obtenir de meilleurs résultats pour la santé.

Optimiser la valeur des dollars versés en prestations

En tant que fidèles lecteurs du *Fond de l'histoire*, vous ne savez que trop bien que GSC a toujours accordé une grande importance aux données (c'est pas de la rigolade!) et que notre équipe encourage (admettons que le terme « incite » serait plus juste) les promoteurs de régime à évaluer s'ils investissent dans des soins de santé qui génèrent de la valeur et des résultats. Nous intensifions maintenant nos efforts pour améliorer la qualité en regroupant toutes nos stratégies de gestion des coûts sous une nouvelle bannière, *dépensesÉCLAIRÉES*, afin de mettre l'accent sur la mesure dans laquelle les fournisseurs de soins de santé nous en donnent pour notre argent.

Ne manquez pas le prochain numéro de *Nouvelles de GSC*, dans lequel nous vous présenterons un nouveau projet dépensesÉCLAIRÉES, soit la gestion des services pharmaceutiques fondée sur la valeur.

Il est indiscutable que, dans l'ensemble, le recours à l'AQ en tant que moyen par excellence de bonifier les soins de santé fait consensus. Cependant, la manière dont l'AQ se traduit par une amélioration des résultats pour la santé et une diminution des coûts évolue sans cesse parce que de multiples variables entrent en jeu dans chaque projet d'AQ : le volet à améliorer sur le plan qualitatif, le secteur des soins de santé, le fournisseur de soins de santé, la population de patients, le problème de santé, et ainsi de suite. Le principe qui sous-tend cette approche est que les améliorations qualitatives observées dans différents secteurs devraient avoir un effet cumulatif et mener à des améliorations générales des résultats pour la santé.

Se regarder dans le miroir

Pour en revenir à l'industrie des garanties de soins de santé, peut-être devons-nous prendre davantage conscience de la nécessité de générer de la valeur, nous aussi. Depuis deux ans, l'équipe de GSC se pose des questions difficiles. Nous avons élargi la portée de ce qui, dans le passé, constituait nos études sur les médicaments afin d'y ajouter les garanties de soins de santé complémentaires. Ainsi, nos études sur la santé portent également sur l'utilisation des soins de santé complémentaires et posent des questions comme celle-ci : y a-t-il réellement des preuves à l'appui des bienfaits de la massothérapie chez les adolescents et des services chiropratiques pour les bébés?

Dans un contexte où les coûts de santé augmentent constamment, il serait peut-être temps d'examiner aussi les modèles de paiement. Par exemple, le modèle de remboursement applicable aux fournisseurs de soins de santé consiste en général à rémunérer le temps plutôt que la qualité du service ou le résultat du service. De même, nous remboursons les services dentaires en fonction de la procédure ou du temps, et non de la qualité. Comment savons-nous vraiment si ces fournisseurs nous en donnent pour notre argent? À vrai dire, nous ne le savons pas.

Nous allons poursuivre la mise en œuvre d'un éventail de stratégies de limitation des coûts, mais celles-ci ciblent principalement les médicaments, et les promoteurs de régime n'en tirent pas tous parti. Il est temps de revoir nos stratégies et examiner de plus près les modèles de remboursement.

^{1,2,3}« Canada's health-care wait times get failing grade in survey of 11 industrialized countries », Sheryl Ubelacker, *National Post*, le 16 février 2017. Consulté en mai 2017 : news.nationalpost.com/news/canada/canada-ranks-low-in-international-comparison-of-patient-wait-times-report.

⁴« C-section still high at some hospitals », Theresa Boyle et Megan Ogilvie, *Toronto Star*, le 5 avril 2012. Consulté en mai 2017 : www.thestar.com/news/gta/2012/04/05/csection_still_high_at_some_hospitals.html.

⁵« Ontario's long-term care problem: Seniors staying at home longer isn't a cure for waiting lists », Blair Crawford, *National Post*, le 12 mars 2016. Consulté en mai 2017 : news.nationalpost.com/news/canada/ontarios-long-term-care-problem-seniors-staying-at-home-longer-isnt-a-cure-for-waiting-lists.

⁶« 1 in 18 Canadian hospital patients experience harm from preventable errors: study », Sheryl Ubelacker, *The Canadian Press*, le 26 octobre 2016. Consulté en avril 2017 : globalnews.ca/news/3026275/1-in-18-canadian-hospital-patients-experience-harm-from-preventable-errors-study/.

^{7,8,9}*Performance du système de santé canadien à l'international sur 50 ans : regard sur les années potentielles de vie perdues*, Institut canadien d'information sur la santé, 2016. Consulté en mai 2017 : <https://www.cihi.ca/fr/une-etude-menee-sur-une-periode-de-50-ans-revele-que-les-canadiennes-accusent-un-retard-au-chapitre>.

^{10,11}*La rémunération au rendement dans le domaine des soins de santé. Incidences pour la performance et la responsabilisation des systèmes de santé*, Organisation mondiale de la santé, 2014. Consulté en mai 2017 : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf?ua=1.

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.

Les soins de première ligne à l'œuvre

GSC
soins  de première ligne^{MD}

Education Foundation of Niagara – Medical Needs Fund

Dans la région de Niagara, en Ontario, de nombreuses familles font face à des difficultés financières à cause de l'érosion des emplois bien rémunérés dans le secteur manufacturier et de la hausse du coût de la vie. De ce fait, un grand nombre d'enfants font face à des obstacles à la réussite scolaire parce qu'ils vivent dans la pauvreté. Les familles doivent parfois choisir entre le paiement du loyer et autres dépenses comme l'achat de lunchs nutritifs, fournitures scolaires et vêtements appropriés. Education Foundation of Niagara vient en aide aux élèves défavorisés de la prématernelle à la 12^e année, qui fréquentent des établissements du conseil scolaire de district de Niagara (DSBN). En versant des dons en provenance d'organisations et particuliers généreux, cette fondation comble les lacunes là où aucune aide gouvernementale n'est accordée afin de permettre aux élèves d'accéder à toutes les possibilités d'enrichissement offertes par le milieu scolaire. Par exemple, cette fondation aide les élèves à se procurer des aliments sains, vêtements d'hiver, bonnes chaussures, articles d'hygiène personnelle et fournitures scolaires, et leur propose des activités parascolaires à caractère éducatif et excursions éducatives.

Répondre aux besoins médicaux essentiels

Pour réagir à l'augmentation des demandes d'aide médicale, cette fondation a mis sur pied le Medical Needs Fund. Dans les écoles du DSBN, des enseignants, travailleurs auprès des jeunes et orienteurs – généralement de concert avec des professionnels de la santé publique – agissent en qualité d'intervenants-pivots pour aider les élèves à obtenir les services et produits médicaux dont ils ont besoin. Ainsi, les élèves admissibles obtiennent des lunettes et auto-injecteurs d'épinéphrine pour les réactions allergiques ainsi qu'un éventail de médicaments d'ordonnance dans les cas où aucune autre aide ne leur est offerte. Ces élèves bénéficient d'un soutien non seulement à l'égard de leur santé physique, mais aussi de leurs problèmes de santé émotionnelle et mentale. Par conséquent, en plus de recevoir une aide financière pour payer leurs frais médicaux, les élèves sont aiguillés vers une foule de ressources communautaires.

La promotion de la santé, axe d'un avenir prometteur

Grâce au concours financier de GSC, le Medical Needs Fund a pu devenir réalité. La fondation examine les demandes d'aide financière soumises par le personnel enseignant et sélectionne les élèves qui bénéficieront de son aide. Plus les dons recueillis auprès de particuliers et organisations sont élevés, plus le nombre de jeunes susceptibles d'obtenir une aide est élevé. Le soutien de GSC a permis à la fondation de créer ce fonds et, par ce moyen, aider de nombreux élèves à recevoir des services et produits médicaux essentiels. En plus d'encourager la réussite scolaire des élèves, ce soutien physique, émotionnel et psychologique les aidera à bâtir un avenir prometteur. Pour plus de renseignements, rendez-vous à www.efnniagara.ca.

NOUVEAUTÉS

LE POINT SUR LES OPIOÏDES

Vous vous rappellerez peut-être que le numéro de novembre 2016 du *Fond de l'histoire* a été consacré à ce qu'on appelle généralement la « crise des opioïdes » au Canada. Peut-être vous rappelez-vous aussi que, de l'avis général, il n'existe aucune solution unique à ce problème et qu'il faut l'aborder sur tous les fronts. Nous faisons aujourd'hui le point parce que le gouvernement fédéral a adopté une nouvelle loi et l'Ontario a publié une nouvelle étude mettant en lumière la vaste portée de cette problématique.

Au fédéral : une nouvelle loi accorde l'immunité aux personnes qui composent le 911 en cas de surdose

Le gouvernement fédéral a adopté la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose*. Cette loi vise à réduire le nombre de décès attribuables à des surdoses d'opioïdes et autres substances en accordant l'immunité aux personnes qui composent le 911 pour elles-mêmes ou autre personne en surdose, ainsi que toute personne présente sur les lieux à l'arrivée des services d'urgence.

Si une aide médicale est reçue promptement, de nombreux décès attribuables à des surdoses sont évitables. Beaucoup de gens s'abstiennent de composer le 911 parce qu'ils craignent d'être accusés de possession de drogue. Cette loi vise à sauver des vies en exonérant ces personnes d'accusations de possession simple d'une substance contrôlée et accusations liées à la violation des conditions d'une ordonnance de probation, peine conditionnelle ou libération conditionnelle.

Cette loi cadre avec l'objectif du gouvernement fédéral d'établir une nouvelle approche de la politique en matière de drogues, qui comporte la collaboration entre tous les secteurs de l'administration publique et les principaux intervenants, par exemple, les spécialistes de la toxicomanie et le milieu médical, les premiers répondants, les groupes autochtones et les organisations non gouvernementales de même que les Canadiens qui font l'expérience de problèmes de drogue de première main, soit à titre personnel ou en tant que témoins des expériences d'autres personnes.

Pour en savoir plus, rendez-vous à https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2017/05/la_loi_sur_les_bonssamaritainssecourantlesvictimesdesurdoseentre.html.

Ontario : neuf millions d'ordonnances d'opioïdes exécutées

Un nouveau rapport de Qualité des services de santé Ontario, intitulé *9 millions d'ordonnances*, révèle que près de deux millions de personnes obtiennent des ordonnances d'opioïdes chaque année dans cette province. Cela représente 14 % de la population, soit une personne sur sept. Les Ontariens ont fait exécuter plus de neuf millions d'ordonnances d'opioïdes en 2015-2016. Trois ans auparavant, ce nombre n'atteignait que 450 000 ordonnances. De plus, le rapport signale que la force des opioïdes prescrits a augmenté : au lieu de prendre des opioïdes légers comme la codéine, les patients reçoivent des ordonnances de produits plus puissants telle l'hydromorphone, utilisée dans le traitement de douleurs intenses, mais environ cinq fois plus forte que la morphine. Le nombre de patients auxquels ces produits sont prescrits a augmenté de près de 30 % en trois ans, passant d'un peu plus de 200 000 à près de 259 000 personnes.

Pour plus de renseignements et télécharger le rapport, rendez-vous à <http://www.hqontario.ca/Rendement-du-systeme/Rapports-specialises/Prescription-dopiodes>.

DE NOUVEAUX RAPPORTS EXAMINENT LA VALEUR DES NOUVEAUX SERVICES OFFERTS EN PHARMACIE COMMUNAUTAIRE

Ces dernières années, de nombreux territoires de compétence au Canada ont élargi la portée des services offerts en pharmacie communautaire. Dans un rapport de 2016 intitulé *A Review of Pharmacy Services in Canada and the Health and Economic Evidence*, le Conference Board du Canada traite de l'élargissement des services de pharmacie sous plusieurs angles, soit l'offre de services additionnels en pharmacie communautaire, et l'incidence de ces services sur les Canadiens et sur la viabilité de notre système de soins de santé. Le Conference Board a publié deux autres rapports portant sur des sujets connexes.

- *Valeur des services de pharmacie élargis au Canada* : Ce deuxième rapport évalue l'incidence sur la santé et l'économie de trois types de services accessibles en pharmacie communautaire, qui pourraient être offerts partout au Canada : la cessation du tabagisme, la vaccination contre le pneumocoque, et l'examen et la prise en charge des traitements de pointe des maladies cardiovasculaires. Cette étude fait notamment le constat que l'élargissement des services d'examen et prise en charge des traitements de pointe des maladies cardiovasculaires se traduirait par des économies allant de 1,9 G\$ à 19,3 G\$. De plus, l'élargissement de ces trois types de services pourrait représenter des économies cumulatives de 2,5 G\$ à 25,7 G\$ au cours des 20 prochaines années, selon le niveau d'élargissement des services. La prévention des maladies chroniques et des décès prématurés constitue l'un des bienfaits pour la santé de l'élargissement de ces services. Pour plus de renseignements ou télécharger le rapport, rendez-vous à www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=8721.
- *Getting the Most Out of Community Pharmacy: Recommendations for Action* (résumé en français sous le titre *Tirer profit de la pharmacie communautaire : mesures recommandées*) : Le troisième et dernier rapport de cette série traite des défis stratégiques et pratiques de même que sur le plan de la recherche associés à l'élargissement des services pharmaceutiques au Canada, dont les deux premiers rapports ont fait état. Le troisième rapport recommande un éventail de possibilités d'optimisation des services en pharmacie communautaire, soit la collecte de données probantes plus abondantes et la promotion d'une meilleure compréhension de l'incidence de ces services, la détermination des défis liés au cadre juridique et réglementaire de l'exercice de la profession, la création de conditions propices à l'exercice de la profession, le soutien de la surveillance et évaluation des normes de qualité de la pratique pharmaceutique, de même que la recherche et mise en place de modèles de financement qui se prêtent à l'élargissement de la pratique pharmaceutique. Pour plus de renseignements et télécharger le rapport, rendez-vous à www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=8796.

AUTRES ÉCHOS DE LA PRATIQUE PHARMACEUTIQUE

Les pharmaciens ont aussi été dans la mire des médias récemment, car cyberSanté Ontario a lancé le premier programme d'ordonnances électroniques dans deux centres de médecine familiale de la province, espérant préparer le terrain pour la mise en œuvre d'un programme provincial. Le programme d'ordonnances électroniques élimine les ordonnances manuscrites en permettant aux médecins d'envoyer les ordonnances aux pharmacies par voie électronique. Pour en savoir plus, rendez-vous à <https://www.ehealthontario.on.ca/en/news/view/canadas-first-eprescribing-program-launches-in-ontario>.

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

Nous poursuivons notre tournée 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 études les plus récentes et les plus importantes sur les demandes de règlement apporteront un éclairage précieux.

Nous comptons sur votre présence!

TORONTO (ENCORE!)	22 JUIN
VICTORIA	13 SEPTEMBRE
KELOWNA	14 SEPTEMBRE

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 **R. KWOK-WAI NG, Ajax (Ontario)**, gagnant 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

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