



FOND DE L'HISTOIRE

MARS 2017



LES RÉSULTATS D'UNE ENQUÊTE SUR LA HAUSSE DU PRIX DES MÉDICAMENTS AU CANADA ONT RÉCEMMENT ÉTÉ TÉLÉDIFFUSÉS

PAGE 2

NOUVEAUTÉS...

Le Nova Scotia Human Rights Board se prononce en faveur de la couverture de la marijuana médicale

Diffusion de la version provisoire des lignes directrices conçues pour ralentir l'épidémie de surdoses d'opioïdes au Canada

Le coût des maladies attribuables au tabagisme dans le monde

PAGE 6

PROGRAMME DES DONS COMMUNAUTAIRES :

Halton Peel Dental Association – Smile Days

PAGE 8



LES RÉSULTATS D'UNE ENQUÊTE SUR LA HAUSSE DU PRIX DES MÉDICAMENTS AU CANADA ONT RÉCEMMENT ÉTÉ TÉLÉDIFFUSÉS

SELON LES MEMBRES DE L'INDUSTRIE, LE REPORTAGE NE DIT PAS TOUT...

Il est peu fréquent que les régimes de garanties de soins de santé fassent l'objet d'une large couverture médiatique, mais si vous avez vu un récent épisode de l'émission *The Fifth Estate*, intitulé *The High Cost of Pharmaceuticals: Canada's Drug Problem*, vous savez qu'il a été question dans cette émission de quelques-uns des enjeux d'actualité qui nous touchent de près. Cependant, puisque l'émission ne dure qu'une heure et qu'elle s'adresse au grand public, il aurait été impossible d'aborder tous les tenants et aboutissants de certaines questions complexes. Pour faire avancer le débat et apporter un éclairage complémentaire aux gens de l'industrie, par exemple les promoteurs et les conseillers de régime, nous avons joint Stephen Frank, vice-président principal, Élaboration des politiques, de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes, qui a été interviewé dans le cadre de l'émission. Stephen nous a parlé de ce qui avait été coupé au montage...

Vous avez manqué l'émission?

Vous pouvez la regarder en ligne ici :

www.cbc.ca/fifth/episodes/2014-2015/the-high-cost-of-pharmaceuticals-canadas-drug-problem

Mise en contexte

The Fifth Estate explique que même si certains Canadiens ont une couverture partielle ou n'ont aucune couverture pour les médicaments, la plupart d'entre eux – soit environ 80 % des Canadiens – sont couverts. De plus, les médicaments des Autochtones, personnes âgées, gens démunis et patients hospitalisés sont généralement couverts par un régime public. Les autres Canadiens sont couverts par des régimes privés, en général par l'intermédiaire d'employeurs. Venons-en aux faits : bien que les régimes offerts par les employeurs soient traditionnellement très généreux et couvrent presque tous les médicaments disponibles, la perception selon laquelle nous pouvons continuer à nous offrir un médicament à n'importe quel prix est au cœur de la problématique des médicaments au Canada. Par conséquent, cette perception doit changer.

Inutile de dire que nous sommes d'accord avec cet aspect de la prémisse de l'émission, en particulier si nous tenons compte du fait qu'un grand nombre de nouveaux médicaments à prix élevé qui font leur apparition sur le marché coûtent des centaines de milliers de dollars par année. Mais quelle est la solution? Comment pouvons-nous réduire le prix des médicaments au Canada? Pour répondre à la question « comment? », *The Fifth Estate* s'est d'abord attardée au « pourquoi? ». Pourquoi le Canada se classe-t-il au deuxième rang des pays où le prix des médicaments est le plus élevé, précédé seulement des États-Unis¹?

Premier arrêt : le cabinet du médecin

Un facteur qui joue peut-être un rôle dans le prix élevé des médicaments est que, même si certains traitements médicamenteux sont d'une égale efficacité, les médecins ne prescrivent pas toujours le médicament le plus abordable. Par exemple, les directives de l'Association canadienne du diabète recommandent aux médecins de prescrire la metformine, un médicament efficace dont le prix est modeste, mais des études montrent que le tiers des nouveaux cas de diabète diagnostiqués qui sont couverts par des régimes d'assurance privés sont, dans un premier temps, traités au moyen d'un médicament dont le prix est élevé, sans même que les patients aient fait l'essai de la metformine².

Ce phénomène soulève un autre « pourquoi? », question que les journalistes affectionnent beaucoup (et que, bien sûr, nous aimons énormément). Dans l'hypothèse où aucune raison médicale ne justifierait la non-utilisation de la metformine, pourquoi tant de médecins prescrivent-ils des médicaments à prix élevé?

The Fifth Estate a notamment constaté que les médecins qui ont davantage de contacts avec les sociétés pharmaceutiques et qui reçoivent plus d'information de ces dernières ont tendance à prescrire plus de médicaments à prix élevé et de médicaments de marque, et qu'ils prennent plus de décisions inappropriées en matière de prescriptions³. Le marketing porte fruit! De plus, il est fréquent que les représentants des sociétés pharmaceutiques aient recours à des tactiques de vente agressives en discréditant, par exemple, les lignes directrices sur la prescription de médicaments et en proposant des utilisations non conformes à la monographie pour mousser les ventes de médicaments à prix élevé⁴. Se pourrait-il que des méthodes de prescription mal informées, qui sont encouragées par le marketing des sociétés pharmaceutiques, soient en cause dans l'engagement de dépenses superflues?

Stephen a fait valoir que même si la plupart des médecins sont maintenant au courant des enjeux relatifs aux médicaments génériques et aux médicaments de marque parce que les données scientifiques comparatives sur leur efficacité sont très claires, il se peut que la situation soit plus délicate en ce qui concerne les thérapies de première intention et de deuxième intention et les biosimilaires. Pour rendre justice aux médecins, Stephen a ajouté que les médecins font passer les soins des patients avant le coût lorsqu'ils décident de prescrire tel ou tel médicament. Il serait utile, et il sera vraisemblablement indispensable, au cours des prochaines années de sensibiliser les médecins au coût des médicaments.

Rôle et responsabilités des assureurs privés

Des recherches qui jettent un éclairage additionnel sur la portée des enjeux liés à la prescription des médicaments à prix élevé ont été menées dans le cadre de l'émission. Elles visaient à comparer le coût pris en charge par les assureurs au titre des médicaments à prix élevé, et le coût qu'ils auraient assumé si les médecins avaient prescrit des produits plus abordables. Constat : les écarts ont atteint trois milliards de dollars par année entre 2011 et 2015, soit environ 15 milliards de dollars sur cinq ans⁵.

Il importe de toute évidence de revoir les méthodes de marketing des médicaments et la prescription inappropriée des médicaments. Qu'en est-il des autres aspects de la prescription des médicaments? Que dire de la structure des régimes? Plus précisément, incombe-t-il aux assureurs d'aider les employeurs à faire des choix rentables pour leurs régimes? Stephen estime que cet aspect, en particulier, du reportage de CBC a été largement coupé au montage.

« Dans l'ensemble, il est tout simplement erroné de prétendre que les régimes privés sont passifs, qu'ils ne se préoccupent pas de ces questions. Chaque année, l'écart en argent entre la couverture des médicaments à prix élevé et celle des médicaments abordables s'amenuise. Ce qu'il faut véritablement retenir, c'est que le monde évolue très rapidement pour les payeurs de services du secteur privé. Il y a 15 ans, les régimes privés en général étaient fondamentalement ouverts : les médicaments prescrits par les médecins étaient remboursés, un point c'est tout. Ce n'est plus le cas, et de plus en plus, car tout le monde s'efforce d'accroître l'efficacité de la gestion des régimes.

« Par exemple, chacun des assureurs au Canada, dont GSC, offre des solutions aux promoteurs de régime, par exemple la substitution obligatoire par un médicament générique et le respect des critères applicables aux traitements progressifs. Cependant, les employés ont encore l'impression que s'ils ne prennent pas exactement le médicament prescrit par leur médecin, cela pourrait être dommageable pour leur santé, et les employeurs sont très réticents à effectuer des changements qui pourraient être perçus négativement par les employés. Par conséquent, la question ne consiste pas tant à savoir si les régimes sont ou ne sont pas gérés, qu'à savoir à quelle vitesse les employeurs intégreront les changements. Il s'agit de savoir combien de temps il nous faudra pour apporter des changements, et non si, oui ou non, nous allons les apporter. »

Toujours en ce qui concerne la responsabilité des assureurs, The Fifth Estate a également laissé entendre que les assureurs n'avaient pas d'incitatif à aider les employeurs à réduire leurs coûts, sous prétexte que plus le nombre de demandes de règlement des employeurs est élevé, plus les frais administratifs perçus par les assureurs sont élevés. Stephen a eu tôt fait de corriger cette idée erronée : « Rien n'est plus loin de la vérité. Nous devons aligner les coûts sur la capacité de payer de nos clients. Il n'est pas dans notre intérêt que les coûts pour les employeurs deviennent exorbitants à cause de l'escalade des prix ».

Des problèmes aux solutions...

Dans son enquête, The Fifth Estate a démêlé une foule de questions cruciales et a exprimé le souhait que les médecins, employeurs, employés et payeurs de services du secteur privé jouent un rôle dans la réduction des coûts croissants des médicaments. Dans le cadre des travaux de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP), par exemple, les 13 provinces et territoires – et, maintenant, les régimes fédéraux de remboursement des médicaments – unissent leurs efforts afin d'obtenir une valeur accrue pour les médicaments de marque et génériques remboursés par les régimes publics.

Les provinces ne représentent cependant qu'un élément dans ce que The Fifth Estate appelle l'« approche courtrepoinTE » du Canada de la couverture des médicaments en raison du nombre élevé de payeurs de services des secteurs public et privé. La solution pour

le Canada consiste-t-elle à essayer d'augmenter le pouvoir d'achat en créant un organisme unique qui négociera le prix des médicaments et achètera les médicaments, sur le modèle de PHARMAC en Nouvelle-Zélande? Le Canada est le seul pays au monde qui possède un système de soins de santé universel financé par les fonds publics, mais dépourvu de régime universel de remboursement des médicaments financé par l'État, et ce n'est pas faute de ne pas avoir étudié la question et de ne pas en avoir débattu depuis les années 1960⁶.

L'émission de CBC aborde surtout les avantages possibles de ce type d'approche, mais les inconvénients sont aussi nombreux, sinon plus, selon la personne à laquelle on s'adresse. Par exemple, les détracteurs de la nationalisation de la couverture des médicaments sur ordonnance font une mise en garde : ce type d'approche représenterait, selon eux, un recul important sur le plan de la protection dont bénéficient la majorité des Canadiens. « Il est toujours possible de réaliser des économies en rationalisant l'accès », explique Stephen. « Mais on risque d'accorder une importance démesurée aux coûts, au détriment de l'accès. Une approche acceptable consistera à concilier les économies de coûts et l'accès. » La lenteur de l'accès aux médicaments novateurs est aussi une réelle préoccupation. La Nouvelle-Zélande est à la remorque de la plupart des pays développés en ce qui concerne la rapidité de l'accès aux nouveaux médicaments⁷.

En quoi PHARMAC consiste-t-il?

Créée en 1993, PHARMAC – pour Pharmaceutical Management Agency – est l'organisme public de la Nouvelle-Zélande qui décide quels sont les médicaments qui doivent être couverts par les régimes publics de ce pays.

Cet organisme a reçu pour mandat d'assurer que les Néo-Zélandais obtiennent les meilleurs résultats possibles en matière de santé en optimisant les fonds que l'État affecte aux médicaments utilisés par la population.

Depuis, le rôle de PHARMAC s'est étendu à la prise de décisions en matière de financement des médicaments pour les cancéreux, vaccins et traitements de l'hémophilie, qui sont financés par des conseils sanitaires de district.

PHARMAC prend aussi des décisions au sujet des médicaments payés à même le budget des hôpitaux, et négocie des contrats nationaux pour l'achat des appareils médicaux utilisés en milieu hospitalier.

Le Canada doit miser sur une approche de concertation

Poursuivant sur le thème des solutions préconisées dans le reportage, Stephen a observé que de nombreux points ont disparu au montage : « En somme, tout dépend de la manière dont on conçoit l'assurance-médicaments. Si l'on préconise une approche combinant de manière beaucoup plus intégrée nos régimes publics et privés, c'est-à-dire une approche de concertation, pour trouver des solutions aux problèmes des prix et de l'accès aux médicaments, alors, oui, nous devrions emprunter cette voie. Par exemple, des pays comme l'Allemagne, la Corée, le Japon ou les Pays-Bas ont créé un système réunissant des caractéristiques des régimes privés et publics sans s'attarder à la distinction entre « public » et « privé »; ils se sont juste attachés à bâtir un système efficace. En revanche, le système néo-zélandais, qui a été entièrement nationalisé et a réduit son offre de services, est trop restrictif.

« Nous devrions envisager de rassembler les assureurs privés et les gouvernements à la même table pour qu'ils négocient ensemble le prix des médicaments pour tous. À l'heure actuelle, l'APP négocie des prix bas qui ne s'appliquent qu'aux régimes publics, ce qui est une aberration. Une approche publique-privée axée sur la concertation donnerait encore plus de poids aux négociations de prix, et *tout le monde* bénéficierait de la même manière des bas prix. Cette situation s'apparente à ce qui se passe déjà sur le marché des produits génériques : les provinces plafonnent le prix de ces médicaments, mais les bas prix s'appliquent à tout le monde, pas juste aux régimes provinciaux. Nous devons adopter une approche semblable pour les médicaments de marque. »

Fait intéressant, The Fifth Estate a interviewé la ministre fédérale de la Santé, Jane Philpott, sur la possibilité que les administrations publiques deviennent parties à la solution. La ministre décrit ce qu'elle prévoit faire pour changer la réglementation canadienne afin d'obliger les sociétés pharmaceutiques à abaisser leurs prix, et projette de continuer à exercer des pressions sur les négociations fédérales-provinciales en faveur de la baisse du prix des médicaments génériques. Cela passe par le remaniement du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), l'organisme fédéral mandaté pour veiller à ce que le prix des médicaments brevetés vendus au Canada ne soit pas excessif.

Stephen est d'avis que le gouvernement va dans la bonne direction. « Nous sommes très encouragés par les propos de la ministre Philpott. Nous devons examiner le CEPMB parce qu'il n'a fait l'objet d'aucun examen depuis sa création en 1987, alors que le monde a énormément changé depuis. L'objectif serait de convertir le CEPMB en un véritable organisme de protection des consommateurs ayant une mission et des directives très claires pour qu'il fasse tout en son pouvoir pour obtenir des réductions de prix pour les Canadiens. Et, bien entendu, nous devons nous assurer que le CEPMB dispose de tous les outils dont il a besoin pour s'acquitter de ce rôle. »

Un dernier mot pour nos lecteurs, Stephen?

« En résumé, quand on regarde comment d'autres pays s'attaquent au problème de la hausse du prix des médicaments, on se rend compte qu'il y a deux approches. Nous pourrions procéder à une refonte spectaculaire, complexe et coûteuse pour que le système relève entièrement du gouvernement, mais cette refonte s'accompagnerait aussi d'une foule de risques et serait restrictive. Une autre option consisterait à mettre en place des mesures très simples et rapides pour créer un programme équilibré de remboursement des médicaments public-privé mixte. Cette formule de concertation publique-privée est plus prometteuse et, fort heureusement, est à notre portée. Nous réclamons ce genre de collaboration des pouvoirs publics depuis des années. Nous saisissons toutes les occasions de demander cette collaboration et nous poursuivrons les pourparlers jusqu'à ce que nous trouvions le catalyseur qui finira par réunir les gouvernements et les payeurs de services du secteur privé. Il est temps que nous nous attelions tous à la tâche! »

Sources :

^{1, 5} The High Cost of Pharmaceuticals: Canada's Drug Problem, The Fifth Estate, épisode 42, date de télédiffusion : le 13 janvier 2017, page Web : Episodes, consulté en février 2017 : <http://www.cbc.ca/fifth/episodes/2014-2015/the-high-cost-of-pharmaceuticals-canadas-drug-problem>

^{2-6, 7} The High Cost of Pharmaceuticals: Canada's Drug Problem, The Fifth Estate, épisode 42, date de télédiffusion : le 13 janvier 2017, diffusion en ligne, consulté en février 2017 : <http://www.cbc.ca/fifth/episodes/2014-2015/the-high-cost-of-pharmaceuticals-canadas-drug-problem>

NOUVEAUTÉS

LE NOVA SCOTIA HUMAN RIGHTS BOARD SE PRONONCE EN FAVEUR DE LA COUVERTURE DE LA MARIJUANA MÉDICALE

Le 30 janvier 2017, une commission indépendante des droits de la personne de la Nouvelle-Écosse a déclaré que le régime de garanties de soins de santé d'un plaignant devait couvrir la marijuana médicale qui lui était prescrite pour gérer la douleur. L'homme, qui souffre de douleurs chroniques, avait allégué qu'il était victime de discrimination dans l'accès à une couverture en raison de son invalidité. Dans sa décision, l'organisme a déclaré que le régime de soins de santé contrevient à la *Human Rights Act* de la province, et qu'il devait désormais couvrir les frais de la marijuana médicale du plaignant, jusqu'à concurrence du montant intégral de sa dernière prescription. L'assureur avait refusé de lui accorder cette couverture en mai 2014.

Puisque la marijuana médicale avait été prescrite pour la gestion de la douleur, la commission considérait que ce produit était médicalement nécessaire et a conclu que le régime de soins de santé du plaignant devait énoncer des conditions et des règles pour que la marijuana médicale devienne une dépense admissible. Comme la marijuana médicale nécessite en vertu de la loi l'ordonnance d'un médecin, elle ne fait pas partie des exclusions du régime.

Les dépenses en marijuana médicale du plaignant ne seront admissibles que si la marijuana a été achetée auprès d'un producteur autorisé par Santé Canada ou d'une personne légalement autorisée à en produire pour cet homme, conformément au Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales; la demande de remboursement devra être accompagnée d'un reçu officiel.

Qu'est-ce que cela signifie pour votre régime? Il est important de noter que la marijuana médicale n'est généralement pas couverte par les régimes de garanties de soins de santé pour divers motifs, notamment parce que son innocuité, son efficacité et sa qualité n'ont pas encore été approuvées par Santé Canada et parce qu'aucun numéro d'identification du médicament n'a encore été attribué à ce produit. Toutefois, il revient généralement à chacun des promoteurs de régime de décider s'il juge bon de couvrir la marijuana médicale. Par exemple, la marijuana médicale peut déjà être remboursée au titre des régimes de GSC, par la voie d'un compte de frais pour soins de santé.

La décision prise en Nouvelle-Écosse ne change donc pas les critères d'admissibilité, les directives de traitement ni les méthodes de remboursement actuels de GSC en ce qui concerne la marijuana médicale; chaque régime est unique et le montant de la couverture offerte dépend de chaque promoteur de régime. GSC continuera à suivre de près les décisions de la Nouvelle-Écosse et de surveiller les nouveaux développements concernant de façon générale la couverture de la marijuana médicale.

Pour en savoir plus, rendez-vous à <https://novascotia.ca/news/release/?id=20170202003>.

DIFFUSION DE LA VERSION PROVISOIRE DES LIGNES DIRECTRICES CONÇUES POUR RALENTIR L'ÉPIDÉMIE DE SURDOSES D'OPIOÏDES AU CANADA

Le 30 janvier 2017, des recommandations provisoires destinées aux médecins canadiens quant à l'utilisation des opioïdes pour soulager la douleur chronique non cancéreuse – qui réclament que la prescription de ces substances aux patients souffrant de douleurs chroniques fasse l'objet d'une prudence accrue – ont été affichées en ligne aux fins de collecte des commentaires de la population. L'équipe responsable a invité les intéressés à communiquer leurs commentaires jusqu'à la fin de février 2017.

Vous vous souviendrez peut-être d'avoir lu dans le numéro de novembre 2016 du *Fond de l'histoire* que les préoccupations suscitées par ce qu'il est convenu d'appeler la « crise des opioïdes au Canada » ont incité Santé Canada à financer l'élaboration de lignes directrices étayées par des preuves pour prescrire des opioïdes aux patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse. Au cours des deux dernières années, une équipe d'experts a donc élaboré la version provisoire des lignes directrices de 2017.

Quels ont été les commentaires reçus à ce jour au sujet des lignes directrices? En ce qui concerne les commentaires positifs, certains observateurs sont d'avis que les lignes directrices les aideront à remédier au fait que, dans le passé, les avantages de l'utilisation des opioïdes ont peut-être été surévalués et les torts qu'ils causent ont peut-être été sous-estimés. De nombreux observateurs ont aussi mentionné que les lignes directrices reflètent une transformation importante parce qu'elles précisent clairement que les médecins devraient recommander des traitements ne faisant pas appel aux opioïdes avant même que le recours à ces substances soit envisagé. De plus, les lignes directrices prescrivent l'imposition d'un plafond clair, fondé sur des preuves scientifiques concluantes, pour la prescription d'opioïdes. Quant aux commentaires négatifs reçus jusqu'à maintenant, ils font état de craintes que la question de la douleur aiguë, par exemple la douleur ressentie immédiatement après une blessure ou une intervention chirurgicale, ne soit pas abordée dans les recommandations.

Après avoir pris en considération tous les commentaires communiqués en février 2017, l'équipe diffusera la version définitive des lignes directrices en mars 2017. Soyez assurés que nous vous tiendrons au courant de cette affaire.

Pour plus de détails et pour prendre connaissance de la version provisoire des lignes directrices, rendez-vous à <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/guidelines.html>.

LE COÛT DES MALADIES ATTRIBUABLES AU TABAGISME DANS LE MONDE

Contrairement à des études antérieures qui avaient quantifié le coût économique des maladies attribuables au tabagisme dans les pays à revenus élevés, une étude récente a mesuré ce coût dans le monde entier, y compris dans les pays à bas revenus et à revenus moyens. Intitulée *Global economic cost of smoking-attributable diseases*, cette étude conclut que le tabagisme fait peser un lourd fardeau économique partout, en particulier en Europe et en Amérique du Nord, où l'habitude de fumer est très répandue.

Dans cette étude, un chercheur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a analysé des données provenant de 152 pays qui représentaient 97 % des fumeurs de la planète, en Afrique, dans les Amériques, en Méditerranée orientale, en Europe, en Asie du Sud-Est et dans la région du Pacifique occidental. L'étude a pris en considération les coûts directs liés aux maladies attribuables au tabagisme (comme les soins médicaux) de même que les coûts indirects (comme la faible productivité et les congés d'invalidité). De plus, l'étude a présenté un compte rendu de 33 études sur les coûts directs de ces maladies de même que des données de l'OMS et de la Banque mondiale. L'analyse n'a pas tenu compte des effets nuisibles pour la santé et pour l'économie de la fumée secondaire ni des formes de tabac sans fumée, ont dit les enquêteurs.

Parmi les constatations, mentionnons qu'en 2012, les maladies attribuables au tabagisme ont causé 12 % de la totalité des décès chez les adultes âgés de 30 à 69 ans, la proportion la plus élevée ayant été enregistrée en Europe et dans les Amériques. Ces maladies ont coûté à l'économie mondiale plus de 1,4 billion de dollars US, dont près de 40 % dans les pays à faibles revenus et à revenus moyens. Selon les chercheurs, les constatations font ressortir la nécessité impérieuse de mettre en œuvre des mesures plus énergiques de contrôle du tabagisme.

Pour en savoir plus, rendez-vous à http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2017/01/04/tobaccocontrol-2016-053305.short?g=w_tobaccocontrol_ahead_tab.

PROGRAMME DES DONN 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 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[™]

Halton Peel Dental Association – Smile Days

La Halton Peel Dental Association (HPDA) est l'une des 39 associations régionales de l'Ontario Dental Association, et l'association la plus importante qui couvre les régions de Halton et de Peel, dont font partie Mississauga, Brampton, Oakville, Milton et Caledon. En plus d'offrir des programmes éducatifs aux dentistes, la HPDA est devenue un ardent défenseur des enjeux liés à la chirurgie dentaire, et elle mène un éventail de programmes de sensibilisation publique. Par exemple, des membres de la HPDA se rendent dans des écoles et centres de soins de longue durée locaux pour distribuer des aides à l'hygiène dentaire et à la santé buccodentaire. En 2017, la HPDA lance une toute nouvelle initiative, appelée Smile Days.

Journées de soins dentaires gratuits – Il y a de quoi sourire!

La HPDA recrute des dentistes disposés à faire du bénévolat et dispenser gratuitement des services dentaires de base pendant deux Smile Days en avril, dans le cadre du Mois national de la santé buccodentaire. Trois cliniques privées seront les hôtes des Smile Days à North Mississauga, South Mississauga et Oakville. Pour aider le plus grand nombre possible de personnes non assurées ou sous-assurées, la HPDA collabore avec des partenaires communautaires – des organismes de bienfaisance, banques alimentaires et refuges locaux – et leur demande de sensibiliser leurs clients à cet événement. Le fait d'organiser des cliniques dans les collectivités où vivent les gens plutôt que dans un endroit centralisé facilitera l'accès aux soins dentaires gratuits, ce qui encouragera la participation.

Gardez le sourire parce que nous avons une autre bonne nouvelle!

L'appui financier de GSC permet à la HPDA de jeter des bases solides pour cette initiative en organisant les journées inaugurales Smile Days 2017 de même que les Smile Days des trois prochaines années. En plus d'offrir des traitements dentaires importants à des personnes dans le besoin et de les sensibiliser aux soins buccodentaires, cette initiative encouragera une culture du bénévolat chez les dentistes. L'objectif est d'étendre le rayonnement des Smile Days chaque année, tant du point de vue de l'augmentation du nombre de patients que de celle du nombre de dentistes bénévoles et de partenaires communautaires. Pour en savoir plus, rendez-vous à <http://www.hpda.ca>.

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 de 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!



WINDSOR	21 MARS
LONDON	22 MARS
KITCHENER	23 MARS
TORONTO	28 MARS
OTTAWA	29 MARS
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

■ **À GUICHETS FERMÉS**

GAGNANT DU TIRAGE D'UN FITBIT

Toutes nos félicitations à **LAUREN ELLIS, Southhampton (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