

Le

FOND DE L'HISTOIRE^{MD}

AVRIL 2018

À
l'intérieur

PROMESSE, POTENTIEL ET POSSIBILITÉS DE LA PHARMACOGÉNOMIQUE

PAGE 2

NOUVEAUTÉS

La Nouvelle-Écosse aide à payer le coût
des médicaments contre le cancer pris
à la maison

Une étude révèle que les Ontariens sont
atteints de maladies chroniques multiples
à leur décès

Le point sur les opioïdes

PAGE 7



PROMESSE, POTENTIEL ET POSSIBILITÉS DE LA PHARMACOGÉNOMIQUE

MAINTENANT, TOUT CE QU'IL NOUS FAUT C'EST LA PREUVE!



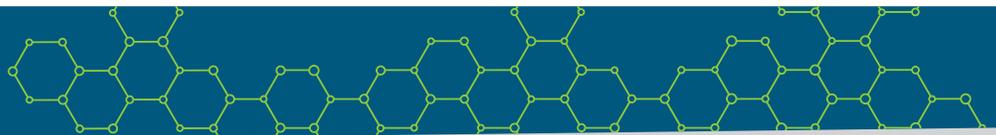
La pharmacogénomique est assurément prometteuse; son potentiel et ses possibilités ne sont pas à négliger – c'est la raison pour laquelle elle est sur l'écran radar de GSG depuis des années. *Mais...* nous ne voulons pas nous laisser emporter prématurément par l'enthousiasme suscité par la pharmacogénomique. Avant de nous lancer, nous tenons à nous assurer que son utilisation s'appuie sur des preuves scientifiques solides. En fait, nous avons même voulu étayer les preuves en réalisant notre propre étude. Pas n'importe quelle étude, une étude qui comble une lacune importante dans les recherches existantes. Voici la nouvelle en primeur...

Il y a la promesse...

Et il y a la réalité – la réalité scientifique

Il n'y a pas de doute que la pharmacothérapie est souvent une composante essentielle du traitement des problèmes de santé. Il peut être difficile de déterminer le bon médicament et la dose appropriée; cela prend du temps et présente des risques d'effets secondaires dangereux. Par conséquent, la promesse de la pharmacogénomique qui permettrait d'exclure les médicaments qui ne fonctionnent pas et de choisir dès le départ l'option la plus efficace a de quoi séduire.

PHARMACO... QUOI?

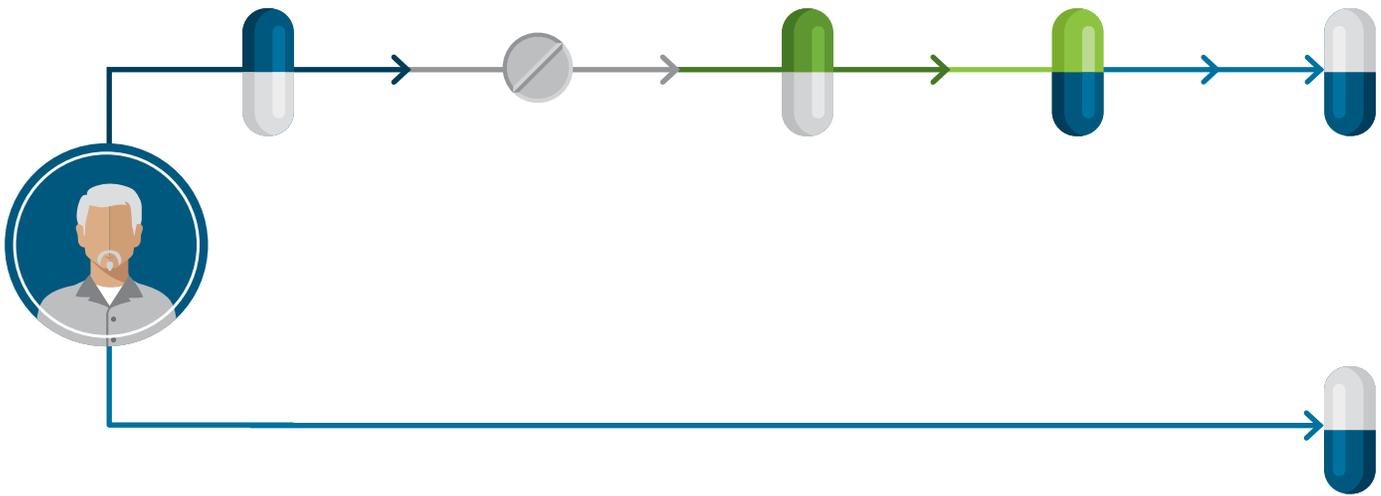


Vous vous rappelez peut-être l'article publié dans le numéro de juillet-août 2016 du bulletin *Le fond de l'histoire*.

L'objectif de la pharmacogénomique consiste à guider la rédaction des ordonnances afin que les patients reçoivent le traitement pharmacologique le plus optimal. Cette discipline vise à répondre à la question suivante : le membre du régime présente-t-il certaines mutations génétiques ayant l'effet connu d'influer d'une manière quelconque sur sa réponse à un médicament?

L'idée sous-jacente est que les variations du profil génétique d'un patient peuvent aider à déterminer comment ce dernier répondra à certains médicaments. Selon le profil génétique du patient, mis en lumière par un test génétique, les médecins et les pharmaciens peuvent utiliser les résultats pour choisir les médicaments qui conviennent le mieux dans chaque cas.

La pharmacogénomique consiste expressément à déterminer la tolérance aux médicaments et l'efficacité de ceux-ci. Ce champ de recherche est différent des autres types d'essais génétiques tels que la détermination des mutations génétiques qui accroissent le risque pour les patients d'être exposés à des problèmes de santé d'origine génétique, ou la confirmation d'un diagnostic de maladie dans le cas où le médecin soupçonne un problème de santé donné à partir de symptômes physiologiques.



Imaginez être en mesure de savoir à l'avance le médicament auquel le membre du régime répondra le mieux, la dose appropriée afin d'éviter les effets secondaires néfastes, et de prévenir le gaspillage? En plus d'influer sur la santé des membres du régime, la pharmacogénomique pourrait théoriquement avoir des répercussions sur les régimes de garanties. Nul doute que nous devons surveiller de près la pharmacogénomique et l'approcher avec un esprit ouvert, mais un esprit ouvert alimenté par la science.

Un examen des preuves scientifiques au sujet de la pharmacogénomique révèle une série de problèmes. Le moins qu'on puisse dire est qu'il n'existe pas beaucoup de recherches sur lesquelles nous pouvons nous appuyer. Parmi les recherches existantes et les recherches en cours, celles-ci pourraient être biaisées selon les organisations qui participent aux recherches en question. De plus, bien que certains projets pilotes soient déjà en cours, nous ne savons pas encore si les tests pharmacogénomiques ont un effet positif ou non sur la santé des patients. Tant que nous ne saurons pas si les tests sont efficaces, les articles et les présentations sur le sujet qui affluent dans notre secteur peuvent relever davantage du battage médiatique et de l'espoir, que de preuves concrètes. Il nous faut des recherches de meilleure qualité.

Par exemple, une étude de pointe axée sur les processus (étude primée de surcroît!) est l'étude canadienne – *The Innovative Canadian Pharmacogenomic Screening Initiative in Community Pharmacy (ICANPIC) study*¹. Elle révèle non seulement que les pharmaciens communautaires sont prêts à intégrer le dépistage pharmacogénomique à leur pratique, mais qu'ils possèdent également les compétences pour interpréter les résultats et intervenir dans le but d'améliorer les résultats pour les patients.

Nous avons pu nous entretenir avec l'auteur de l'étude, le pharmacien communautaire John Papastergiou, qui nous a expliqué les résultats. « Après avoir examiné les rapports des tests pharmacogénomiques des participants à l'étude, les pharmaciens ont signalé des problèmes de pharmacothérapie importants et ont transmis des recommandations aux médecins des participants à l'étude afin d'optimiser l'utilisation des médicaments. »

Ce résultat encouragera les recherches futures à délaisser les questions de processus et à chercher à savoir si la pharmacogénomique peut influencer les résultats pour les patients. Comme John l'explique, « cette étude indique qu'il est envisageable pour les pharmaciens d'utiliser les tests pharmacogénomiques pour intervenir dans les soins aux patients dans le milieu des pharmacies communautaires. Ainsi, les nouveaux travaux de recherche doivent pousser un peu plus loin et chercher à déterminer si les interventions fondées sur des tests pharmacogénomiques font une différence pour les patients. »

De toute évidence, cet aspect n'a pas été étudié. En effet, les recherches ont omis d'examiner si la pharmacogénomique pouvait avoir une incidence sur les résultats pour les patients. Le temps est venu de combler cette lacune!

DES ESSAIS À RÉPARTITION ALÉATOIRE ET CONTRÔLÉS POUR OBTENIR DES PREUVES SOLIDES

Bien entendu, et sans surprise, GSC croit, comme la plupart des scientifiques, chercheurs et cliniciens, que la prise de décision qui s'appuie sur les meilleures données probantes est idéale. Mais comment savoir quelles sont les meilleures données probantes? Comment savoir quelle est la norme d'excellence? Nous pouvons évaluer les données disponibles en classant les études de recherche selon ce que l'on appelle la hiérarchie des preuves dans le monde de la recherche scientifique.

Il n'existe pas une hiérarchie universellement acceptée; certaines recherches incluent plus de détails quant au nombre de niveaux ou aux types de recherches qui se situent dans chaque niveau. Cependant, on s'entend généralement sur le fait que les revues systématiques et les essais à répartition aléatoire et contrôlés sont tout en haut de la pyramide. Cela s'explique par le fait qu'ils utilisent les méthodes de recherche qui protègent le plus efficacement contre les préjugés et, dans certains cas, peuvent indiquer un lien de causalité entre l'intervention et le résultat clinique.

En revanche, les études de cas et les opinions d'experts sont souvent considérées comme les recherches les moins solides. Cela vient du fait qu'elles peuvent être biaisées par les opinions ou l'expérience de l'auteur et qu'il n'existe aucun contrôle quant au nombre de facteurs pouvant avoir une incidence sur les résultats².

Obtenir des preuves solides... Les preuves sont la norme d'excellence

Comme vous le savez, nous mentionnons toujours (bon d'accord, nous insistons toujours sur) l'importance de fonder les décisions relatives à la couverture sur des preuves scientifiques solides. Nous ne nous limitons pas aux paroles, nous passons également aux actes. Nous ne nous contentons pas d'examiner la recherche, mais nous réalisons des études comme l'explique Ned Pojskic, le chef de la stratégie pharmaceutique chez GSC :

« Tout en faisant le suivi des données probantes émergentes, nous appuyons les projets pilotes en cours parce que ces types d'essais permettront d'étayer l'ensemble des données probantes. Cependant, ces projets pilotes ne permettront pas de trancher sur la valeur inhérente des tests pharmacogénomiques. En effet, aussi utiles que soient les projets pilotes, ils sont conçus pour étudier les aspects opérationnels, comme les meilleures pratiques de mise en œuvre. Bien que ceux qui dirigent ces projets pilotes disent souvent que la question sera étudiée dans le cadre du projet, ils ne sont pas structurés pour le faire.

« Pour répondre de façon concluante à la question sur la valeur des tests, il faut avoir recours à une structure de recherche qui est considérée comme une norme d'excellence en matière de recherche scientifique – un essai à répartition aléatoire et contrôlé. C'est ici qu'intervient GSC avec sa nouvelle étude qui vise à répondre à la question fondamentale suivante : l'intervention au moyen de tests pharmacogénomiques a-t-elle une incidence sur les résultats chez les patients? »

Comme l'étude ICANPIC de John Papastergiou a démontré que les pharmacies communautaires sont parfaitement indiquées pour tirer parti des tests pharmacogénomiques, c'est dans le milieu pharmaceutique que se déroule notre nouvelle étude. Elle est menée dans deux grandes pharmacies en milieu urbain, au centre-ville de Toronto, ce qui signifie que les résultats de l'étude refléteront l'utilisation de la pharmacogénomique dans un contexte réel – des pharmacies comptant de nombreux clients représentant un vaste échantillon démographique. Et bien entendu, nous visons la norme d'excellence...

Une étude à répartition aléatoire, à l'aveugle et à long terme

Voici comment nous procédons. Premièrement, les pharmaciens inscrivent les participants à l'étude à partir d'un questionnaire de sélection qui leur demande leur degré de satisfaction à l'égard de leur médication actuelle. John nous a expliqué l'importance de cet outil de sélection. « L'utilisation d'un outil de sélection permettra de s'assurer que les patients ont un problème avec leurs médicaments en posant, par exemple, des questions comme Pensez-vous que votre médicament fonctionne? Avez-vous des effets secondaires? Êtes-vous satisfait de votre traitement? » Selon les résultats obtenus, un participant est inscrit s'il prend un médicament utilisé en psychiatrie et s'il éprouve des problèmes avec sa médication. Nous comptons avoir plus de 200 participants.



Et, comme John l'explique, les pharmacies communautaires devraient permettre d'obtenir un échantillon représentatif de participants et non seulement des retraités qui ont le temps de participer. « Ma recherche précédente a démontré que les pharmacies communautaires obtiennent une bonne combinaison de personnes âgées et de personnes jeunes. De plus, étant moi-même pharmacien-proprétaire, je suis à même de constater l'interaction avec le pharmacien entre les personnes de différentes générations. Les jeunes viennent à la pharmacie pour deux raisons : la commodité et l'accessibilité des lieux. Avec les heures d'ouverture prolongées, ils ont immédiatement accès à un pharmacien et peuvent obtenir rapidement certains services, comme se faire vacciner contre la grippe. La nouvelle étude devrait pouvoir tirer parti de cette répartition diversifiée de participants jeunes et vieux. »

John explique également l'importance d'axer la nouvelle étude sur les médicaments utilisés en psychiatrie. « Les données probantes sur l'optimisation précoce du traitement, particulièrement dans le cas de la dépression, révèlent que si les patients reçoivent rapidement le traitement qui leur convient, ils s'en tirent mieux à plus long terme. Ainsi, si un test pharmacogénomique peut aider le patient à avoir accès plus rapidement au traitement approprié avec moins d'essais et d'erreurs sur le plan de la prescription, il s'agit d'un outil précieux. »

Ensuite, nos chercheurs assignent au hasard les participants à un groupe témoin ou à un groupe intervention. Aucun facteur n'influence cette **répartition aléatoire** des participants dans chaque groupe. Techniquement, on parle d'un essai à répartition aléatoire et contrôlé. Comme il s'agit d'un essai à **l'aveugle**, les participants ignorent dans quel groupe ils se trouvent. Le tout se passe en coulisse.

Ensuite, tous les participants – qu'ils appartiennent au groupe témoin ou au groupe intervention – passent un test pharmacogénomique. On cherche ainsi à éliminer toute partialité éventuelle si les participants d'un groupe ont le sentiment de recevoir plus de soins que les autres participants. Le pharmacien reçoit les résultats environ une semaine plus tard.

Le test est simple; on obtient des échantillons de cellules de l'intérieur de la joue au moyen d'un coton-tige et un laboratoire analyse l'ADN prélevé. L'analyse indique, par exemple, si la structure génétique de la personne lui permettra ou non de tolérer certains types de médicaments. De plus, elle révèle également certaines variables sur le métabolisme du participant, ce qui peut avoir une incidence sur la rapidité d'action d'un médicament. Ces renseignements permettront à leur tour de déterminer quelle est la posologie la plus appropriée.



Ensuite, tous les participants rencontrent le pharmacien pour recevoir ce qui est considéré comme la « norme de soins ». Cela comprend notamment une revue des médicaments et, au besoin, une consultation avec le médecin du participant pour optimiser le traitement médicamenteux. Cependant, le pharmacien examine uniquement les tests pharmacogénomiques des participants du groupe intervention. Par conséquent, si le pharmacien recommande que des modifications soient apportées à la médication au médecin du participant, ces recommandations sont fondées sur les résultats du test pharmacogénomique. En revanche, même si les participants du groupe témoin reçoivent la même norme de soins, toute recommandation relative à la médication n'est pas basée sur le test pharmacogénomique. Les résultats des tests des participants du groupe témoin pourront être consultés par le pharmacien ou les participants uniquement à la fin de l'étude.

Finalement, le participant rencontre le pharmacien un mois, trois mois et six mois plus tard, ce qui en fait un **essai à long terme**. D'ici la fin de 2018, nous devrions avoir compilé toutes les données! Ensuite, nous commencerons à les analyser pour déterminer si l'intervention fondée sur un test pharmacogénomique a une incidence sur les résultats pour les patients.

Laissons la preuve parler d'elle-même

Comme il est bien établi par la hiérarchie des preuves que les faits anecdotiques se retrouvent tout en bas de la pyramide et que les revues systématiques sont au sommet, la méthodologie de notre étude – un essai à répartition aléatoire et contrôlé – veille à respecter le critère « les meilleures données probantes disponibles ». De plus, le fait que l'étude soit à long terme nous permettra de combler la lacune de la recherche et d'évaluer avec exactitude si les tests pharmacogénomiques ont permis ou non d'avoir une incidence sur les résultats pour le patient. Cet aspect particulier est la pierre angulaire de l'étude. De nombreuses données probantes ont déjà démontré que lorsque les pharmacies communautaires fournissent des services cliniques, les résultats pour le patient s'améliorent. Il reste à déterminer si les tests pharmacogénomiques peuvent améliorer les résultats pour les patients en plus de ces services pharmaceutiques très précieux.

La pharmacogénomique est assurément prometteuse et ses possibilités sont nombreuses. Maintenant, nous ne tarderons pas à avoir la preuve quant à la valeur inhérente de la pharmacogénomique pour influencer les résultats pour le patient. Nous disposerons alors d'un complément d'information pour guider les décisions en matière de couverture. Comme John le résume : « Cette étude réalisée auprès de vrais patients de pharmacies communautaires devrait combler la lacune de la recherche, soit la capacité d'appliquer concrètement les résultats et de déterminer si la pharmacogénomique a ou non une incidence sur résultats pour les patients. » Nous pouvons dire adieu aux lacunes de la recherche et accueillir la prise de décision fondée sur les meilleures données probantes disponibles!

Sources :

¹ *The Innovative Canadian Pharmacogenomic Screening Initiative in Community Pharmacy (ICANPIC) study*, John Papastergiou, Peter Tolios, Wilson Li et Jane Li, *Journal of the American Pharmacists Association*, septembre-octobre 2017. Consulté en mars 2018 : [http://www.japha.org/article/S1544-3191\(17\)30685-4/fulltext](http://www.japha.org/article/S1544-3191(17)30685-4/fulltext)

² *The hierarchy of evidence: Levels and grades of recommendation*, BA Petrisor et M Bhandari, *Indian Journal of Orthopaedics*, janvier-mars 2007. Consulté en mars 2018 : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2981887/>

NOUVEAUTÉS

LA NOUVELLE-ÉCOSSE AIDE À PAYER LE COÛT DES MÉDICAMENTS CONTRE LE CANCER PRIS À LA MAISON

En Nouvelle-Écosse, les patients atteints du cancer auxquels des médicaments à prendre à la maison sont prescrits dans le cadre de leur traitement peuvent être admissibles au *Take-Home Cancer Drug Fund*. Le fonds couvre les médicaments contre le cancer pris à la maison qui sont couverts par les programmes Pharmacare de la Nouvelle-Écosse, y compris dans le cadre de chimiothérapies, d'hormonothérapies et d'immunothérapies. Il ne couvre pas les médicaments de soutien, comme les médicaments contre la nausée et contre la douleur.

Le gouvernement s'est engagé à verser 846 000 dollars pour l'exercice en cours et 2 millions de dollars pour chacune des trois prochaines années. La Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse administre le fonds en attendant que le gouvernement étudie une solution à plus long terme. Le nouveau fonds est rétroactif au 1^{er} avril 2017, et la date limite pour présenter des demandes de remboursement rétroactif est le 30 septembre 2018.

Différentes ressources pour les patients atteints de cancer, comme les intervenants-pivots ou les travailleurs sociaux, aideront ces derniers à s'inscrire. Pour être admissibles, les patients doivent résider en Nouvelle-Écosse et détenir une carte d'assurance-maladie provinciale valide. Ils doivent également avoir une ordonnance de médicaments contre le cancer à prendre à la maison, et les frais à leur charge pour les médicaments admissibles doivent être supérieurs à 4 % du revenu familial net. De plus, les patients doivent s'inscrire au programme Family Pharmacare de la Nouvelle-Écosse et répondre aux critères d'admissibilité liés aux médicaments particuliers prescrits.

Qu'est-ce que cela signifie pour votre régime? Comme le fonds est le dernier payeur – les patients doivent d'abord utiliser toutes les autres sources d'aide financière offertes, y compris les régimes de garanties privés – il ne devrait pas y avoir d'incidence sur les régimes de GSC.

Pour en savoir plus, rendez-vous à <http://www.nshealth.ca/news/fund-help-patients-cost-take-home-cancer-drugs>

UNE ÉTUDE RÉVÈLE QUE LES ONTARIENS SONT ATTEINTS DE MALADIES CHRONIQUES MULTIPLES À LEUR DÉCÈS

Une nouvelle étude – *Accumulation Of Chronic Conditions At The Time Of Death Increased In Ontario From 1994 To 2013* – s'est penchée sur la multimorbidité de maladies chroniques, c'est-à-dire lorsqu'une personne souffre d'au moins deux maladies chroniques en même temps. Dans le cadre d'une étude réalisée par l'Institut de recherche en services de santé, des chercheurs ont étudié plus de 1,6 million de décès enregistrés en Ontario de 1994 à 2013 et ont lié chaque décès aux données sur la santé des patients de la province. Ils ont découvert que chez les personnes atteintes de multimorbidité au décès, les problèmes de santé les plus courants étaient l'hypertension, l'ostéoartrite et d'autres formes d'arthrite, le trouble de l'humeur, le cancer, la maladie pulmonaire obstructive chronique, le syndrome coronarien chronique, l'insuffisance cardiaque congestive, le diabète, le trouble de santé mentale non lié à l'humeur et l'accident vasculaire cérébral.

Les conclusions de l'étude indiquent que la prévalence de la multimorbidité au moment du décès est passée de 80 % en 1994 à 95 % en 2013. De plus, en 2013, deux personnes sur trois décédées en Ontario souffraient d'au moins cinq affections chroniques. Cependant, le syndrome coronarien chronique, l'insuffisance cardiaque congestive et l'accident vasculaire cérébral ont reculé de près de 2 % chacun de 2004 à 2013.

Les chercheurs ont également découvert que les types de maladies chroniques dont souffraient les Ontariens variaient selon la situation socioéconomique. Les personnes qui habitaient dans les quartiers à faible revenu étaient plus susceptibles de souffrir d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, de troubles de santé mentale et de diabète au moment du décès. Alors que dans le cas des personnes qui résidaient dans les quartiers à revenu élevé, le cancer et la démence étaient plus fréquents au décès.

Pour consulter l'étude, rendez-vous à <https://www.ices.on.ca/Publications/Journal-Articles/2018/March/Accumulation-of-chronic-conditions-at-the-time-of-death-increased-in-Ontario-from-1994-to-2013>

LE POINT SUR LES OPIOÏDES

Une nouvelle directive recommande de prescrire des médicaments pour traiter la dépendance aux opioïdes

Pour aider à limiter les décès liés aux opioïdes, une nouvelle directive canadienne publiée récemment dans le *Canadian Medical Association Journal – Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline* – déconseille le recours à une stratégie isolée pour gérer le sevrage, comme un séjour de courte durée dans un centre de désintoxication. La directive recommande plutôt aux médecins de famille et aux urgentistes de prescrire, dans la mesure du possible, des médicaments pour traiter la dépendance aux opioïdes dans le cadre d'une stratégie à plus long terme basée sur des données probantes.

La directive recommande, en particulier, ce que l'on appelle une approche de soins progressive avec le Suboxone comme traitement de première intention et, si nécessaire, le passage à la méthadone comme traitement de deuxième intention, suivi d'une solution de morphine orale à libération prolongée avec le soutien d'un spécialiste en toxicomanie pour les patients qui ne répondent pas au traitement ou qui présentent des contre-indications au Suboxone ou à la méthadone. De plus, la directive souligne l'importance de rajuster constamment le traitement en fonction des circonstances et des besoins particuliers. Elle indique également qu'il peut être avantageux pour de nombreuses personnes de passer d'un traitement à un autre.

La prescription de médicaments, comme le Suboxone ou la méthadone, est recommandée parce qu'elle correspond au nombre croissant de preuves scientifiques qui indiquent la supériorité de ces médicaments sur le plan de la poursuite du traitement, de l'abstinence soutenue de l'usage d'opioïdes illicites et du risque réduit de décès. On préfère le Suboxone à la méthadone en raison de son profil d'innocuité six fois plus élevé en matière du risque de surdose. De plus, comparé à la méthadone, le Suboxone entraîne moins d'effets secondaires, est difficile à écraser ou à injecter et peut facilement être pris à la maison.

Cette approche s'inspire des lignes directrices provinciales élaborées par le *British Columbia Centre on Substance Use* qui ont été mises en œuvre en Colombie-Britannique l'an dernier dans le cadre d'un projet pilote. La *Canadian Research Initiative in Substance Misuse* a reçu des fonds des Instituts de recherche en santé du Canada pour élaborer la nouvelle directive qui prévoyait une analyse approfondie des travaux de recherche sur la toxicomanie par un comité national d'examen composé de 43 médecins de première ligne, spécialistes en toxicomanie, infirmiers autorisés et autres professionnels de la santé.

Pour consulter la ligne directrice, rendez-vous à <http://www.cmaj.ca/content/190/9/E247>

Une nouvelle campagne encourage le dialogue sur l'usage des opioïdes

Une nouvelle campagne nationale appelée *Prescrire des opioïdes avec soin* vise à encourager le dialogue entre les professionnels de la santé et leurs patients sur les options de gestion de la douleur afin de réduire les risques associés à la prescription d'opioïdes.

La campagne comprend une série de 14 recommandations de pratique qui correspondent à des situations dans lesquelles les opioïdes ne devraient pas être prescrits. Par exemple, on recommande de ne pas poursuivre un traitement par opioïdes pour la douleur postopératoire au-delà de la période immédiate qui suit la chirurgie; habituellement, cette période est de trois jours ou moins, et ne dépasse pas sept jours. On recommande également de ne pas prescrire d'opioïdes aux patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse avant d'avoir essayé des traitements non pharmacologiques et d'avoir procédé à des traitements médicamenteux qui ne sont pas des opioïdes. Dans le cas de la douleur dentaire postopératoire, on recommande de prescrire d'abord des analgésiques non opioïdes et seulement si ceux-ci ne sont pas efficaces, on peut envisager le recours à un opioïde, mais limiter le nombre de comprimés administrés.

Cette campagne fait partie d'une campagne nationale beaucoup plus vaste à laquelle collaborent plus de 30 organisations *Choisir avec soin*. Son but est d'aider les patients et les professionnels de la santé à engager un dialogue au sujet des tests et des traitements inutiles, et à faire des choix de soins judicieux et efficaces.

Pour en savoir plus, rendez-vous à <https://choisiravecsoin.org/campaign/prescrire-des-opioides-avec-soin/>

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

CPBI Western Regional Conference 2018 (conférence régionale de l'Ouest de l'ICRA)

Du 11 au 13 avril 2018 – Hôtel Rimrock Resort, Banff (Alberta)

Leila Mandlsohn, consultante en stratégie pharmaceutique chez GSC, donnera une présentation sur les idées qui sous-tendent les services pharmaceutiques axés sur la valeur.

www.cpb-icra.ca/Events/Details/Southern-Alberta/2018/04-11-CPBI-Western-Regional-Conference-2018

Benefits Canada – 2018 Benefits & Pension Summit

Les 16 et 17 avril 2018 – Hôtel Ritz-Carlton, Toronto (Ontario)

Ned Pojskic, chef de la stratégie pharmaceutique chez GSC, relations avec les pharmacies et les professionnels de la santé, participera à une discussion sur le cannabis thérapeutique.

www.benefitscanada.com/conferences/benefits-and-pension-summit

Face to Face Drug Plan Management – Vancouver

Le 1^{er} mai 2018 – Hôtel Fairmont Waterfront, Vancouver (Colombie-Britannique)

www.benefitscanada.com/conferences/face-to-face-drug-plan-management-vancouver

Calgary Benefits Summit

Le 29 mai 2018 – Hôtel Fairmont Palliser, Calgary (Alberta)

www.benefitscanada.com/conferences/calgary-benefits-summit

GAGNANT DU TIRAGE D'UN FITBIT

Toutes nos félicitations à **Q. TONG HE, OTTAWA (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.

Windsor	1.800.265.5615	Vancouver	1.800.665.1494
London	1.800.265.4429	Montréal	1.855.789.9214
Toronto	1.800.268.6613	Atlantique	1.844.666.0667
Calgary	1.888.962.8533	Service à la clientèle	1.888.711.1119



greenshield.ca