



LE MUR

Par **Frédérique David**

PHOTOS : CHRISTIAN LEDUC

Avantages ENTRE EXPERTS 2015

La gestion des régimes privés d'assurance médicaments suscite de grandes inquiétudes et de nombreuses discussions depuis plusieurs années. Le vieillissement de la population et l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments spécialisés onéreux ont une incidence préoccupante sur les coûts des régimes.

évident que des mesures devront être mises en place pour le faire. L'industrie devra informer ses clients.»

Jonathan Bohm croit lui aussi que tous les employeurs ne connaissent pas le nouveau cadre législatif. «Ils n'attendaient pas les résultats du projet de loi 28 pour connaître les répercussions sur le régime

des employeurs qui savent qu'une substitution est possible», a insisté Denis Gobeille.

Les employés ne connaissent pas les détails de leur régime

Informar les employés est tout aussi difficile qu'informer les employeurs,

APPROCHE?

Le 3 septembre dernier, la revue *Avantages* réunissait dans ses bureaux onze experts du milieu de la santé et des assurances afin de discuter des principaux enjeux et d'examiner des solutions possibles pour assurer la pérennité des régimes d'assurance médicaments privés et public.

Les employeurs sont peu informés

Les changements législatifs survenus au printemps dernier, avec l'adoption du projet de loi 28, ont suscité quelques réflexions au début de cette rencontre. En effet, plusieurs de ces changements viennent modifier les règles de gestion des régimes privés d'assurance médicaments. «Les employeurs sont souvent mal informés, a constaté d'emblée Denis Gobeille, conseiller et vice-président de Deontologie.ca. Je ne suis pas sûr qu'ils soient au courant de la mise en place de nouvelles règles et je me demande qui devra les en informer. Est-ce le rôle des conseillers? Il est

d'assurance collective. Ce n'est pas comme une annonce de modification au taux de cotisation au Régime des rentes du Québec», a indiqué le conseiller principal, Assurance collective, chez Normandin Beaudry. «Les employeurs ne sont pas tous nécessairement au courant des changements apportés, même si les consultants les informent et que les assureurs ont envoyé de l'information à leurs clients.» Puisque le régime public et les régimes privés sont tous les deux visés par les nouveaux règlements, Jean-Michel Lavoie, pharmacien et directeur, remboursement des frais de médicaments à la Financière Sun Life, se montre plus confiant quant à la circulation de l'information. «Les changements seront automatiquement appliqués pour tous les usagers», rappelle-t-il.

Plusieurs panélistes ont souligné que l'industrie a néanmoins la responsabilité d'informer les employeurs à propos des changements apportés par le projet de loi 28 et que ces derniers doivent, à leur tour, informer leurs employés. «Rares

a fait remarquer Jonathan Fournier, conseiller, Santé et avantages sociaux chez Mercer. «On ne peut pas les obliger à lire l'information qui leur est communiquée», a-t-il mentionné.

Ce manque de connaissance de la part des employés est observé quotidiennement par les pharmaciens du Québec. Le temps qu'ils passent à leur expliquer les particularités de leur couverture en est la preuve. «Ils ne connaissent pas les détails du régime, comme la franchise ou le niveau de la co-assurance», mentionne Pierre-Marc Gervais, pharmacien propriétaire et membre du CA de l'Ordre des pharmaciens du Québec. «La différence entre un régime à paiement différé et un régime à paiement immédiat est très complexe à comprendre pour de nombreuses personnes. Nous perdons beaucoup de temps, les pharmaciens et les assistants techniques, à parler des régimes d'assurance, que ce soit le régime de la RAMQ ou les régimes privés. Pourtant, ce n'est pas une valeur ajoutée aux services que le pharmacien peut offrir!»

Les participants à la table ronde ont cependant constaté un effort accru, tant de la part des assurances privées que de la part de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), pour mieux informer les usagers sur leur couverture. « Nous avons lancé une application mobile qui permet aux participants d'entrer le nom du médicament prescrit par son médecin, alors qu'il est encore dans son bureau, a indiqué Jean-Michel Lavoie. Cela leur permet de voir la couverture offerte en temps réel. Si le médicament n'est pas couvert ou demande une autorisation préalable, ils peuvent avoir une discussion avec le médecin pendant la consultation. »

À la RAMQ, des efforts ont également été déployés par l'augmentation de l'offre d'information, telle la mise en place d'un vaste service en ligne, a indiqué Estelle Portelance, de la direction de l'actuariat et de l'analyse des programmes. « C'est un constat positif car si les gens sont mieux informés, les plaintes seront moins nombreuses et les pharmaciens seront moins sollicités. »

Brad Bonneville, chef, accès pour les patients à Amgen, a tenu à rappeler l'existence de programmes de soutien offerts par les manufacturiers de certains produits. Il constate que peu de gens les connaissent. « Nous offrons des programmes de soutien financier aux patients qui ont reçu une ordonnance pour un de nos médicaments et qui n'ont aucune assurance ou une assurance insuffisante et des ressources financières restreintes », a-t-il précisé.

La substitution générique satisfait les attentes

La substitution générique, un des éléments du projet de loi 28, permet, aux yeux de plusieurs, de rétablir un équilibre entre le régime public et les régimes privés d'assurance médicaments, ainsi que d'harmoniser le système de remboursement québécois avec le reste du pays. « Auparavant, les régimes privés ne pouvaient pas appliquer pleinement la substitution générique sur les médicaments de marque qui étaient



encore sur la liste de la RAMQ, a rappelé Jean-Michel Lavoie. Cet élément a été corrigé », s'est-il réjoui.

En effet, en vertu des changements adoptés en avril dernier, les régimes privés qui comportent une clause de substitution générique n'auront plus l'obligation de rembourser un médicament de marque à 66 %. Ils pourront limiter le remboursement des médicaments de marque au coût du générique équivalent lorsqu'il en existe un. Selon Jonathan Bohm, cette mesure aura un effet bénéfique sur le coût des régimes d'assurance collective. « La baisse estimée se situe autour de 3 à 5 % des primes d'assurance maladie », a-t-il précisé.

D'autre part, Jonathan Fournier a rappelé que cette mesure met fin à une iniquité qui existait entre les provinces et risque de satisfaire les employeurs du Québec. « Les promoteurs de régime semblent conscients des avantages

financiers, a-t-il avancé. Depuis 2011, la prévalence de la clause de substitution générique dans les contrats a augmentée de plus de 30 %. L'année dernière, environ 60 % des régimes offraient une clause de substitution générique. Par contre, les participants se posent encore des questions à savoir si la version générique est équivalente à la version d'origine. C'est le type de sujet qui revient fréquemment lorsque nous rencontrons des employés, malgré toute l'information que nous diffusons. »

Les nouveaux honoraires des pharmaciens suscitent des discussions

Avec l'adoption du projet de loi 28, certains services pourront être facturés par les pharmaciens. Selon Pierre-Marc Gervais, les tarifs demandés aux assurés des régimes privés devraient être les mêmes que ceux qui sont en vigueur pour les assurés du régime public. Or, même si cette idée a réjoui plusieurs des participants à la table ronde, les honoraires facturés par les pharmaciens ne sont pas sans les inquiéter puisqu'ils auront des impacts financiers sur les régimes. « Ce sont des frais qui étaient initialement remboursés par le système public puisqu'ils concernent des actes qui étaient assumés par des médecins, a indiqué Jonathan Bohm. Comme citoyens, nous sommes tous heureux que les pharmaciens puissent désormais prescrire certains médicaments. C'est une excellente nouvelle pour notre société. Toutefois, en vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments du Québec*, ces frais devront désormais être remboursés



Jonathan Fournier

par le privé et il y a déjà un déséquilibre important entre les honoraires des pharmaciens négociés pour le système public et ceux facturés dans les régimes privés pour la dispensation de médicaments», a-t-il déploré.

Estelle Portelance a ajouté que ces honoraires des pharmaciens concernent aussi certains médicaments en vente libre. « Désormais, une personne qui aura besoin d'un conseil concernant certains médicaments qui ne nécessitent pas d'ordonnance, ira voir le pharmacien qui pourrait lui offrir d'évaluer sa condition, a-t-elle expliqué. Cela aura une répercussion sur les coûts des régimes public et privés qui devront payer les honoraires d'évaluation du pharmacien, le médicament et l'honoraire habituel de dispensation. »

Jonathan Bohm a déploré que les honoraires des pharmaciens ne soient pas divulgués sur la facture afin de permettre aux régimes privés de limiter le remboursement des honoraires, comme c'est le cas pour les chiropraticiens, les dentistes et tous les autres professionnels de la santé. « C'est parmi les éléments qui ont été discutés et qui n'ont pas été retenus, a-t-il indiqué. Nous aurions aimé voir cette mesure adoptée pour aider les employeurs à mieux contrôler les coûts. Les pharmaciens font un très bon travail, mais il faut contrôler les coûts. » Plusieurs participants autour de la table se sont montrés préoccupés par le « manque de transparence » dans la facture des pharmaciens. « On comprend qu'il y ait des écarts de prix entre les pharmacies, mais l'assuré devrait pouvoir voir ce qui lui est facturé et pouvoir décider si le service qu'il reçoit est adéquat pour le prix qu'il paye », a souligné Jonathan Fournier.

Le pharmacien Pierre-Marc Gervais a tenu à préciser que les reçus en pharmacie sont complexes. « La personne veut savoir combien elle paye, a-t-il indiqué. Toutefois, les détails peuvent être extrêmement trompeurs. En Ontario, les honoraires sont affichés. Une pharmacie peut l'afficher à 8 \$ et une autre à 12 \$. Pourtant, la pharmacie à 12 \$ peut coûter moins cher à l'assuré car la marge bénéficiaire que le pharmacien se prend sur le médicament n'est pas indiquée. »



D^r Stéphane Ahern



D^r Alain Larouche

Le lourd fardeau des médicaments onéreux

De nouveaux médicaments au coût très élevé ne cessent de faire leur apparition et font craindre le pire aux promoteurs de régimes. Cette menace qui pèse sur la survie des régimes a alimenté une grande partie de la discussion. « Nous avons commencé à voir des médicaments qui coûtent un million de dollars par année! a mentionné Jean-Michel Lavoie. Les régimes n'ont pas été conçus pour absorber un grand volume de médicaments qui coûtent très cher. »

Tout porte à croire que cette tendance ira en augmentant. Selon le D^r Stéphane Ahern, président du Comité scientifique permanent de l'évaluation du médicament aux fins d'inscription à l'INESSS, les médicaments onéreux se multiplieront sur le marché au cours des prochaines années. « Avec les avancées de la médecine personnalisée, leur apparition sera de plus en plus fréquente, a-t-il annoncé. Cela représente un défi important pour le régime public et les



Denis Gobeille

régimes privés. Il faudra trouver des solutions pour que la pérennité des régimes ne soit pas compromise. »

Estelle Portelance s'est montrée étonnée de constater que le prix de certains de ces médicaments, comme celui pour traiter l'hépatite C touchant des milliers de personnes, soit aussi élevé que le prix de médicaments qui servent à traiter des maladies orphelines touchant peu de personnes. « Plusieurs de ces

Table ronde sur la gestion des régimes d'assurance médicaments au Québec

médicaments ont été très complexes à fabriquer, a précisé le Dr Ahern. Par ailleurs, ils sont souvent utilisés sur une très courte période.»

Les médicaments en hépatite C apportent un gain majeur pour les patients, ajoute-t-il. « À l'encontre des médicaments en maladies rares, il y a ici, pour une vaste majorité des patients, une guérison, ce qui constitue un gain important. Il faut aussi souligner que cela permet de réduire l'avancée de la maladie, diminuant de façon importante les coûts, et aussi d'éviter des greffes de



France Mignault

foie, lesquelles pourraient être allouées à d'autres patients dans le besoin. On parle de l'allocation d'une ressource qui est extrêmement rare.»

Pour parvenir à assumer le lourd fardeau de ces médicaments onéreux, on craint que les entreprises chercheront à retirer d'autres couvertures. Au cours des cinq prochaines années, plusieurs voudront plafonner le paramédical, prédit Denis Gobeille. « C'est l'erreur à éviter. N'oublions pas que toutes les mesures favorisant la guérison et la bonne santé, notamment les services de physiothérapeutes, tout comme la promotion des meilleures habitudes de vie, permettront de réduire l'absentéisme au travail. Ce qui coûte cher aux employeurs, ce sont les congés de maladie », a-t-il précisé.

Puisque ces médicaments onéreux ne disparaîtront pas, mais au contraire, augmenteront en nombre, les participants à la table ronde ont tenté d'envisager des solutions pour qu'ils ne mettent pas en péril les régimes d'assurances. « On pourrait prendre les 50 médicaments les plus onéreux pour des conditions rares,



Jean-Michel Lavoie

les retirer des régimes privés et publics à travers le pays et les mettre dans un "régime catastrophe" national », a suggéré Jean-Michel Lavoie.

Jonathan Bohm s'est montré intéressé par l'idée de sortir certains médicaments onéreux des régimes privés afin qu'ils soient remboursés par un régime gouvernemental. « Ce serait un peu comme avec la CSST, a-t-il exposé. L'invalidité liée à un accident de travail est payée par la CSST alors que toutes les autres invalidités sont payées par les régimes d'assurances collectives. »



Le traitement d'AbbVie m'aide à prendre en charge ma maladie.



Le programme de soutien AbbVie Care m'aide à prendre soin de moi.

- **Engagés** à vous offrir notre soutien, grâce à des services personnalisés
- **En contact** avec vous et avec votre équipe de soins de santé
- **Ensemble**, à l'écoute de vos besoins en matière de soutien, en adaptant nos services au fil du temps

AbbVie Care :
inspiré des
connaissances
acquises pendant

10 ANS
auprès
de
57 000
MEMBRES D'ANCIENS
PROGRAMMES
D'ABBVIE

Référence: 1. Données internes. AbbVie.
Imprimé au Canada
AVC/0019F - octobre 2015



abbviecare.ca

© Corporation AbbVie
8401, route Transcanadienne
Saint-Laurent (Québec) H4S 1Z1
abbvie.ca

abbvie
care
avec vous™

La viabilité des régimes s'avère préoccupante

M. Bohm a indiqué l'exemple d'un employé dont le coût du régime d'assurance collective pourrait représenter le quart du salaire. Par exemple, d'un travailleur dont les revenus sont de l'ordre de 25 000 \$ et qui bénéficierait d'un régime, pour lui et les membres de sa famille, qu'on pourrait



Jonathan Bohm



Pierre-Marc Gervais

qualifier de standard. « C'est très préoccupant! » a-t-il déclaré, ajoutant que des clients ont récemment demandé comment ils pouvaient mettre fin au régime. « C'est le genre de question qu'on ne souhaite pas avoir! Mais il faut respecter la capacité de payer de tous, incluant celle des employés qui paient aussi une bonne partie des primes. C'est pourquoi le contrôle des coûts est primordial. »

M. Bohm a expliqué en détail où vont ces 25 % du salaire consacrés aux régimes d'assurances. « La moitié est consacrée à l'assurance maladie et environ 75 % de ce

50 % sont consacrés aux médicaments, a-t-il précisé. Cela signifie donc qu'environ le tiers du régime est consacré aux médicaments. »

Le Dr Alain Larouche, président de Groupe santé Concerto, a constaté que le fardeau financier est de plus en plus difficile à assumer, tant par le régime d'assurance public que par les régimes privés. Selon ce médecin, bien que les



Estelle Portelance

explications pour expliquer cette hausse constante des coûts des médicaments soient multiples, trois ressortent du lot : les besoins de santé des patients chroniques complexes – 40 % de la population adulte souffre de deux maladies chroniques ou plus – le morcellement et la compartimentation des services et, par conséquent, le faible niveau de coordination entre les différents acteurs.

« Il est nécessaire de s'interroger sur l'organisation du réseau et l'organisation des pratiques médicales, a-t-il indiqué. Le système de santé est organisé en fonction des maladies et non en fonction des personnes qui en souffrent. Nous avons des cliniques du diabète, des cliniques d'insuffisance cardiaque, etc., et le patient navigue entre ces différents points de services. Le nombre de combinaisons de traitements possibles, bonnes ou mauvaises, est tel qu'une masse énorme d'argent s'en va dans des décisions non pertinentes et parfois contradictoires. Il faudrait s'organiser pour que le système soit d'une telle

efficacité que nous parviendrions à un degré de pertinence des prescriptions que les régimes pourront gérer. »

De plus, ajoute le Dr Larouche, l'art de porter un bon diagnostic relève souvent de l'intuition et de l'expérience acquise, faute de tests précis. « Le médecin, qui tient le crayon, va prescrire une médication pour vérifier certaines hypothèses diagnostiques. Si cela ne fonctionne pas il va opter alors pour une autre approche. À titre d'exemple, parmi les patients de Medicare aux États-Unis, 25 % souffrent de cinq maladies chroniques ou plus et voient, en moyenne, 13 médecins différents par année. »

Pierre-Marc Gervais prône l'établissement d'une meilleure communication entre les différents acteurs. « La communication entre les médecins ne se fait pas très bien, a constaté le pharmacien. Le patient a besoin d'un "coach" pour bien utiliser ses médicaments et en tirer les meilleurs bénéfices. Tous les jours, des patients nous ramènent des pots pleins de pilules. Nous avons des seaux de médicaments que les gens se sont fait prescrire et qu'ils n'ont pas utilisés. Il faut encourager les pharmaciens à s'impliquer auprès des patients pour les inciter à utiliser adéquatement les médicaments et contrôler les coûts. »

Actuellement, quelques employeurs tentent de promouvoir de saines habitudes de vie afin de réduire le fardeau des maladies chroniques, mais ces initiatives demeurent peu nombreuses. « Dans un contexte où les budgets demeurent limités, ils n'ont pas les ressources nécessaires pour mettre en place des programmes de santé et mieux-être en entreprise, a indiqué Jonathan Fournier. De plus, il est nécessaire que des gens soient dédiés à de tels programmes. » Denis Gobeille a tenu à rappeler que toutes les mesures favorisant une utilisation optimale des médicaments prescrits et de meilleures habitudes de vie permettront aussi de réduire l'absentéisme au travail.

Des pistes de solutions

« Il n'y a pas de solution unique! », a conclu Jean-Michel Lavoie qui a fait remarquer que les dépenses en médicaments au Québec sont 35 % plus importantes que dans le reste du pays

Table ronde sur la gestion des régimes d'assurance médicaments au Québec

selon une étude de l'Université de la Colombie-Britannique¹. « À état de santé égal, du 35 %, 5 % est lié à l'âge et 24 % est lié au volume, c'est-à-dire aux prescriptions par personne plus petites, plus fréquentes et plus nombreuses, a-t-il précisé. Le prix des médicaments, quant à lui, représente près de 8 % de ce 35 % et les chercheurs ont identifié -1,5 % lié aux bons choix de thérapies par les prescripteurs. C'est donc l'effet de volume qui influence le plus cet écart dans les dépenses en médicaments. Nous consommons plus de médicaments que dans le reste du Canada ! »

Le D^r Alain Larouche croit que la solution réside dans la concertation et la coordination de tous les acteurs. « Les coûts des régimes vont nous forcer, comme société, à concentrer l'expertise de chacun et en faire une utilisation optimale : l'infirmière, le pharmacien, le médecin, etc. », a-t-il indiqué.

Au cours des dernières années, les assureurs ont développé et mis en place des programmes d'accompagnement pour assurer une meilleure adhésion des patients aux traitements prescrits. « De beaux progrès ont été faits », a constaté Jonathan Bohm. « Il faut que les assureurs définissent leur place, a renchéri Jean-Michel Lavoie. Il faut notamment qu'ils décident s'ils doivent facturer pour ces services additionnels ou si ceux-ci doivent être inclus dans les frais d'administration de l'offre de base. »

Les programmes qui permettent une meilleure adhésion aux traitements sont forcément bénéfiques, croient les

participants autour de la table. « Il faut non seulement s'assurer que l'on donne le bon médicament au bon patient, mais également l'accompagner pour qu'il le prenne de la bonne façon », a indiqué France Mignault, Première chef, Accès & Politique de la santé chez Pfizer.

La viabilité des régimes dépend toutefois des alternatives qui seront proposées pour pouvoir absorber les réclamations concernant des médicaments coûteux. « Il y a quelques années, un médicament à 500 000 \$ par année nous faisait peur, s'est souvenu Jonathan Bohm. Depuis, des traitements plus chers encore sont apparus et cela a un impact direct sur les coûts de l'employeur et de ses employés. C'est une question de temps avant qu'il y ait des mises à pied d'employés pour se débarrasser de certaines réclamations. Ce n'est pas éthique, c'est malheureux, mais cela va arriver », a-t-il déploré.

Le D^r Alain Larouche croit qu'il faut concentrer les efforts sur ce qui met en péril la viabilité des régimes. « Les systèmes sont compromis, a-t-il constaté. Les coûts sont trop élevés par rapport à ce que nous sommes en mesure de payer. Il faut donc s'attaquer aux causes. Les technologies de communication peuvent nous aider. 80 % des dépenses en santé sont liées aux maladies chroniques. Moins de 3 % de la population consomment la moitié des lits dans les hôpitaux du Québec. Il faut s'attaquer à un phénomène qui touche un tout petit nombre de personnes mais qui a un impact énorme sur les coûts ! »

Avantages souhaite remercier les partenaires de la table ronde « Entre experts » 2015.

AMGEN[®]

NOUS CÉLÉBRONS 150 ANS
Financière Sun Life

Pfizer



Brad Bonneville, Manon Jobin et Denis Gobeille