

face à face



FORUM SUR LA GESTION DES RÉGIMES D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS

Les dépenses en médicaments sont en hausse au Canada. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), elles s'élevaient à près de 25 milliards de dollars en 2005, ce qui représente une augmentation effarante de 11 % par rapport à l'année précédente.

Parmi les dépenses totales de santé, les dépenses en médicaments continuent d'afficher la croissance la plus rapide et les médicaments d'ordonnance en représentent la majeure partie. Cette tendance est considérée comme insoutenable par de nombreux observateurs et elle inquiète de plus en plus les employeurs, qui cherchent à réduire le coût de leur régime tout en maximisant la protection de leur personnel.

Le 29 novembre 2007, *Benefits Canada* et *Working Well* ont tenu conjointement à Toronto un forum sur l'optimisation de la structure des régimes d'assurance-médicaments. Réunissant des spécialistes de divers domaines, ce forum a abordé les problèmes qui se posent aux gestionnaires

des régimes d'assurance-médicaments dans le contexte économique et fiscal actuel en pleine évolution. Les experts ont reconnu que ces gestionnaires sont confrontés à un défi de taille : préserver la santé des employés tout en contrôlant les coûts. Parmi les principaux points examinés figuraient l'importance d'une solide analyse de rentabilité de l'investissement dans l'assurance-médicaments, les effets de l'observance thérapeutique sur les résultats cliniques et l'impact des nouvelles politiques publiques sur les régimes d'assurance-médicaments privés. Un groupe d'experts a répondu aux questions de l'auditoire. C'est avec plaisir que nous présentons dans ces pages les points saillants de ce forum.

Analyse de rentabilisation d'un investissement dans la modification de la conception du régime

Le coût des régimes d'assurance-médicaments est à la hausse, ce qui s'explique largement par une plus grande consommation de médicaments d'ordonnance. **Mike Sullivan**, cofondateur de **Cubic Health Inc.**, a fait toute sa carrière dans le secteur des avantages sociaux, des assurances et l'industrie pharmaceutique. Au cours des 10 dernières années, il a constaté de profonds changements dans les régimes d'assurance-médicaments. Plus que jamais, les gestionnaires de ces régimes doivent s'efforcer de limiter les coûts tout en répondant aux besoins des employés en matière de santé et en soutenant l'exploitation de l'entreprise. Le succès réside dans une bonne collaboration entre tous les services, notamment ceux des ressources humaines et des finances.

Pour M. Sullivan, réduire les coûts tout en améliorant la santé et la productivité

COMMANDITÉ PAR





Mike Sullivan



Michael Sokol



Beth Gearing



Alice Tseng

des employés est une tâche extrêmement complexe. Réduire les dépenses de médicaments n'est pas toujours la solution. Accroître au contraire ces dépenses dans certains secteurs peut en effet contribuer à réduire les coûts de l'invalidité de courte et de longue durée, particulièrement dans le cas des maladies mentales. Les médicaments pour la dépression ne coûtent parfois guère plus d'un dollar par jour. Investir dans ce genre de traitement entraîne donc une légère augmentation des coûts, mais l'impact sur la santé et la productivité des employés peut être énorme. « Dans la mesure où l'investissement dans l'assurance-médicaments est responsable, pertinent et avantageux, il peut avoir un profond effet », dit Mike Sullivan.

Ce dernier reconnaît que les coûts pourraient toutefois être mieux gérés dans certains domaines. Il suggère une stratégie mettant à contribution des spécialistes des ressources humaines et des finances, que ce soit dans les petites et moyennes entreprises ou dans les grandes sociétés. Et il pense que la stratégie est particulièrement efficace lorsque les RH et les finances s'entendent : « Avec des chiffres convaincants, il est facile de retenir l'attention des décisionnaires et du gestionnaire du régime », dit-il.

Ensemble, les services des ressources humaines et des finances peuvent préparer une analyse de rentabilité incluant toutes les données dont dispose le gestionnaire du régime, notamment sur l'invalidité de courte et de longue durée et sur l'absentéisme. Les régimes d'assurance-médicaments fournissent, quant à eux, une mine de renseignements pouvant servir de base à un plan d'entreprise. Selon les entreprises, 70 % à 80 % des employés présentent des demandes de remboursement de médicaments au titre de leur régime d'assurance-médicaments. M. Sullivan fait remarquer que, « dans le cas d'un régime de paiement direct, toutes

les demandes payées, renversées ou rejetées sont connues. Avec un régime de remboursement des frais, on dispose aussi d'une information utile. »

Une fois ces données recueillies et analysées, les entreprises peuvent mesurer et évaluer leurs programmes de mieux-être, notamment en ce qui concerne la santé. Au moyen des paramètres qui ont été dégagés et évalués, il est possible de mesurer l'investissement dans des aspects autres que la conception du régime. Comme le souligne M. Sullivan, « ce système n'est pas parfait, mais, sans modèle tangible en place, on n'aboutit à rien ».

En se servant de ces données, les gestionnaires peuvent établir un modèle prédictif pour l'avenir. Ils peuvent aussi examiner l'état de santé et le profil démographique d'un groupe. Pour M. Sullivan, il est important de se pencher sur les facteurs propres à chaque groupe. Dans un groupe donné, les traitements cardiovasculaires viennent le plus souvent en tête de liste des dépenses. Comme ces traitements représentent environ 20 % des dépenses à l'échelle nationale, on peut présumer que ce chiffre est valable pour la plupart des groupes. M. Sullivan fait toutefois une mise en garde contre le danger de se baser, dans l'analyse de rentabilité, sur les trois à cinq maladies les plus courantes. Même dans le groupe des problèmes cardiovasculaires et certainement dans les autres catégories de maladies, les dépenses peuvent évoluer de façon différente.

Effet de la conception du régime d'assurance-médicaments sur l'observance thérapeutique et les résultats cliniques

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, une meilleure observance thérapeutique peut avoir un bien plus grand effet sur la santé de la population que

n'importe quelle amélioration des traitements médicaux. Il est toutefois difficile d'amener les patients à prendre leurs médicaments tels que prescrits. Dans les pays développés, l'observance thérapeutique n'est en moyenne que de 50 %. Cela se traduit par la mauvaise santé des personnes qui ne respectent pas leur traitement et augmente également les coûts de santé des employeurs.

Selon une étude menée en 2005 aux États-Unis, près des deux tiers des personnes qui vont consulter un médecin reçoivent une ordonnance. Un grand nombre de ces ordonnances ne sont toutefois pas exécutées. Comme l'explique **Michael Sokol**, directeur médical de **Health Management Innovations**, **GlaxoSmithKline**, bien des facteurs entrent en jeu dans le choix ou la capacité d'un patient de prendre les médicaments qui lui ont été prescrits. La personne peut avoir du mal à faire exécuter l'ordonnance ou simplement oublier d'acheter les médicaments. Dans près de 20 % des cas, c'est le prix qui est dissuasif.

Il peut sembler paradoxal de faire valoir que l'accroissement de la couverture médicaments peut faire réaliser des économies à l'employeur, mais M. Sokol défend ce point de vue. Il pose une question très pertinente : est-il vraiment sage de faire des économies au début en faisant absorber aux employés une plus grande part de leurs frais de médicaments, alors que cela risque d'augmenter le coût total pour l'entreprise par la suite ? L'observance thérapeutique peut avoir un effet très important sur les coûts médicaux directs et sur des coûts indirects tels que la productivité, l'invalidité et l'absentéisme.

Pour démontrer cette relation, M. Sokol prend des exemples de cas concrets. Pitney Bowes, une société internationale employant plus de 35 000 personnes, en est peut-être l'exemple le plus frappant. Soucieuse de la santé de son personnel, Pitney Bowes (U.S.) a entrepris de faire une étude sur la santé et le degré d'observance thérapeutique de ses employés. Dans ce cas, la modélisation prédictive s'est faite de façon très précise. L'entreprise a découvert qu'environ la moitié de ses employés étaient atteints d'une maladie chronique comme le diabète, l'asthme ou des problèmes cardiaques.

Pitney Bowes a commencé par se pencher sur la quote-part des employés. Était-elle trop élevée? Le but était de réduire les obstacles qui empêchaient les employés de rester en bonne santé ou de respecter leur traitement. Ce ne fut pas une mince affaire – alors que les coûts des soins de santé ne cessaient d’augmenter – que de convaincre le président-directeur général de faire prendre en charge une part plus importante des frais par la société. La modélisation prédictive a joué un rôle-clé. « Comme la mesure s’appuyait sur des données sérieuses, on sentait qu’elle ferait effet », dit M. Sokol.

L’entreprise a décidé d’absorber un pourcentage plus important du prix des médicaments pour le diabète, l’asthme et l’hypertension. Dans certains cas, le montant à la charge du patient est passé de 50 % à 10 %. Fait surprenant, la société a vu ses coûts diminuer parce que les employés prenaient maintenant des médicaments mieux adaptés à leur état. Par exemple, les asthmatiques avaient plus tendance à prendre des médicaments d’entretien pour prévenir les crises d’asthme plutôt que des médicaments de secours destinés à les soulager pendant ces crises.

L’entreprise a réalisé les économies les plus importantes au chapitre de l’invalidité de courte durée, dont le coût a diminué de moitié. L’économie a été estimée à 1 million de dollars la première année et à 2,5 millions de dollars au bout de trois ans. Aujourd’hui, après cinq ans, elle s’établit à 4 millions de dollars.

Impact des politiques publiques sur les régimes privés d’assurance-médicaments

Des lois entrées en vigueur l’an dernier vont avoir de profonds effets sur le fonctionnement des régimes privés, en Ontario et au Québec. Le projet de loi 102, devenu Loi de 2006 sur un régime de médicaments transparent pour les patients, a modifié deux lois de l’Ontario : la Loi sur le régime de médicaments de l’Ontario (LRMO) et la Loi sur l’interchangeabilité des médicaments et les honoraires de préparation (LIMHP). En février 2007, le Québec a aussi instauré une série de changements au moyen de 29 orientations ministérielles énonçant la politique de la province en matière de

médicaments et sa vision pour l’avenir.

Beth Gearing, associée au sein des groupes Droit des sociétés et Sciences de la vie, et **Alice Tseng**, associée au sein des groupes Propriété intellectuelle et Sciences de la vie, toutes deux de chez **Blake, Cassels & Graydon LLP**, ont expliqué certains des principaux changements et leur impact sur les régimes privés. M^{me} Gearing a souligné la transformation radicale des pratiques commerciales et des modèles d’entreprise des divers intervenants du système de soins de santé; les grossistes, les fabricants de produits génériques et les pharmacies ont dû repenser la conduite de leurs affaires.

La « Loi 102 » a entraîné la réduction du prix des médicaments génériques, l’élargissement de la définition de l’interchangeabilité des médicaments et l’interdiction d’accepter des rabais, mais il

produits pharmaceutiques ne pourront plus, comme cela était permis autrefois en Ontario, accorder de rabais aux pharmaciens et aux grossistes pour les médicaments visés par la LRMO ou désignés comme interchangeable selon la LIMHP. Les pharmaciens ou les grossistes ne pourront pas accepter ces rabais directement ou indirectement.

Tout en interdisant les rabais, la « Loi 102 » permet les indemnités professionnelles sous forme d’espèces, de services ou de matériel de formation axés sur les soins directs aux patients. Les programmes de formation continue, les journées cliniques et les initiatives de prévention en sont des exemples. La nouvelle loi limite cependant les indemnités professionnelles à 20 % du prix des médicaments figurant sur la liste des médicaments payés par le régime public.

L’observance thérapeutique peut avoir un effet très important sur les coûts médicaux directs et sur des coûts indirects tels que la productivité, l’invalidité et l’absentéisme.

permet les indemnités professionnelles.

L’établissement de la tarification à deux niveaux est peut-être le changement qui aura le plus grand impact sur les régimes privés de l’Ontario. Selon l’Institut canadien d’information sur la santé, les assureurs privés ont payé 7,6 milliards de dollars pour les médicaments d’ordonnance en 2006, ce qui représente près de 36 % du total. La « Loi 102 » prévoit que les médicaments génériques seront maintenant inscrits sur la liste des médicaments à 50 % du prix du médicament d’origine. Cette tarification ne s’applique toutefois qu’au système public. Comme l’explique M^{me} Tseng, le même médicament sera donc vendu à deux prix différents, selon que la personne participe au Régime de médicaments de l’Ontario ou à un régime privé.

Un autre changement important concerne les rabais. Les fabricants de

Par contre, les indemnités professionnelles ne sont pas plafonnées pour les médicaments interchangeables ne figurant pas sur la liste.

En matière de rabais, le Québec et l’Ontario avaient jusqu’à présent des politiques très différentes, mais elles sont maintenant beaucoup plus proches. L’une des grandes orientations ministérielles du Québec impose en effet un plafond de 20 % sur les indemnités professionnelles, ce qui est comparable à la disposition adoptée en Ontario.

M^{me} Tseng a noté d’autres tendances communes aux deux provinces, notamment l’adoption de mesures plus contraignantes (les deux provinces imposent des remboursements et des cotisations dans certaines circonstances), l’obligation accrue de rendre compte des indemnités professionnelles et une plus grande transparence.

Comment minimiser les coûts des régimes d'assurance-médicaments – Questions et réponses

Les experts sur ce sujet étaient : **Kayte Fredrickson**, chargée de comptes, Desjardins Sécurité financière; **Marilee Mark**, vice-présidente, Marketing, Assurance collective, Financière Manuvie; **Leanne MacFarlane**, directrice, Développement des affaires, Managed Healthcare Services Inc. (MHCSI); et **Paul Foley**, directeur, Régimes de soins de santé privés, Shoppers Drug Mart.



Kayte Fredrickson



Marilee Mark



Leanne MacFarlane



Paul Foley

Q **Quelle est la meilleure façon d'aborder les avantages sociaux pour faire des économies sur les frais ?**

R **Kayte Fredrickson** : La plupart des employeurs ont un personnel en bonne santé. Évidemment, un certain nombre d'employés, à cause de maladies chroniques, utilisent beaucoup de médicaments. Toutefois, les traitements de longue durée sont ceux pour lesquels les facteurs de risque (tabagisme, poids excessif, mauvaise alimentation, manque d'exercice, par exemple) peuvent être contrôlés. Dans la conception d'un régime, il faut mettre l'accent sur la communication et l'information, et rappeler aux employés les services auxquels ils ont déjà droit. Un programme d'aide aux employés (PAE) est très important à cet égard. C'est bien souvent à un représentant de ce programme que les employés s'adressent en premier lieu, car ils hésitent à contacter directement leur employeur.

Q **La gestion des coûts par la gestion de la santé est-elle efficace ?**

R **Paul Foley** : De nombreuses preuves nous viennent des États-Unis. Nos voisins du Sud sont en mesure de quantifier non seulement les coûts des médicaments, mais les coûts engagés à la suite de la prise de ces médicaments. Au Canada, nous avons du mal à déterminer la valeur de ces coûts ultérieurs, associés

notamment aux visites à l'urgence d'un hôpital et aux visites chez le médecin. Nous devons admettre la validité des données qui nous viennent des États-Unis et les appliquer chez nous. Nous devons aussi présumer qu'en faisant bien les choses et en prenant exemple sur les États-Unis nous commencerons à obtenir des résultats. Les preuves sont concluantes et de plus en plus nombreuses.

Q **On a largement souligné l'importance d'investir dans la santé pour améliorer l'observance thérapeutique et les résultats cliniques. Comment conciliez-vous cela avec la gestion des dépenses globales d'assurance-médicaments ?**

R **Marilee Mark** : On doit d'abord avoir une bonne idée de la nature des dépenses et des facteurs qui sous-tendent les coûts. On ne peut pas, en effet, gérer ce qu'on n'a pas mesuré ni deviner les changements qui vont se produire. Il faut ensuite définir les objectifs et la philosophie de l'entreprise en matière d'avantages sociaux. Cela servira de guide dans ce qu'on est prêt à offrir à tous les échelons, depuis celui des cadres supérieurs jusqu'aux employés. Puis on doit mettre en place des aspects qui ne risquent pas de susciter trop de réactions de la part des participants, comme l'information et la substitution par des médicaments génériques. Tout cela fait de tout un chacun un consommateur plus averti.

La façon de procéder dépendra des données qu'on aura recueillies et de la stratégie de l'entreprise.

Q **Comment les participants peuvent-ils contribuer à limiter les coûts de leur régime d'assurance-médicaments ? Comment les employeurs peuvent-ils les responsabiliser davantage à cet égard ?**

R **Leanne MacFarlane** : Une bonne idée consiste à remettre aux employés un relevé de compte leur indiquant l'investissement annuel dans leur régime. Les employés n'en sont souvent pas conscients et ces chiffres peuvent leur ouvrir les yeux.

De nombreux régimes procèdent à des changements au fil des ans. Les changements bien acceptés – qu'ils soient positifs ou négatifs – sont ceux qui ont été bien communiqués aux participants. Il faut inciter les participants à devenir des consommateurs de soins de santé avisés.

Q **Les employeurs sont-ils prêts à investir davantage dans l'espoir de réduire le coût de l'invalidité ? Sinon, de quelle information ou assurance ont-ils besoin ?**

R **Marilee Mark** : Il est difficile de mettre en place un système, puis de le démanteler s'il ne donne pas les résultats attendus. C'est la raison pour laquelle il y a de plus en plus de programmes-pilotes. Les employeurs adopteront une approche précise à l'égard d'une maladie lorsqu'il leur sera plus facile de mettre en place un programme complet et d'effectuer une évaluation sur cette base.

Pour ceux qui ont un régime à coût contrôlé, il peut être bon de réduire la quote-part des employés ou de proposer un incitatif – selon ce qui suscitera le moins de résistance. Parallèlement, il est possible de responsabiliser les participants pour les amener à se soumettre à une évaluation de leurs risques ou à un programme de traitement particulier, dont un des aspects serait les médicaments.