

## Prendre un bon tournant



Comment une meilleure gestion et la participation des employés ouvrent la voie à un avenir durable pour les régimes d'assurance médicaments

**par Helen Stevenson**

Fondatrice et PDG, Groupe Reformulary

Auteure de *Finis, les chèques en blanc*

Anciennement sous-ministre adjointe de la Santé de l'Ontario et administratrice en chef des Programmes publics de médicaments de l'Ontario

# Introduction

**Au Canada, les régimes privés d'assurance médicaments occupent une place unique dans les soins de santé. Filet de sécurité sous notre système public, ils assurent, à des millions de Canadiens, la tranquillité d'esprit et la disponibilité de médicaments d'ordonnance autrement inabordables.**

En 2011, j'ai publié un livre blanc intitulé *Finis, les chèques en blanc*<sup>1</sup>, qui incitait les employeurs à envisager diverses approches pour tirer meilleur parti des régimes d'assurance médicaments offerts à leurs employés. À l'époque, je venais de passer

**Les régimes publics d'assurance médicaments ont amélioré leur rapport qualité-prix : l'Ontario a réussi à économiser 1,5 milliard de dollars et à donner un meilleur accès aux médicaments**

cinq ans comme directrice des Programmes publics de médicaments de l'Ontario, au cours desquels mon objectif premier et le plus important était de réduire le coût du régime d'assurance médicaments

que la province finançait pour les aînés et d'autres bénéficiaires. Ce fut une période éprouvante, mais j'ai réussi à faire économiser environ 1,5 milliard de dollars au gouvernement de l'Ontario. Cela m'a convaincue qu'il y a bien des choses qu'on peut faire pour améliorer le rapport qualité-prix dans le secteur privé et que cette amélioration est nécessaire pour que les régimes privés d'assurance médicaments soient viables à long terme.

Trois ans après la publication de *Finis, les chèques en blanc*, de petits progrès ont été faits. Certains employeurs commencent à se rendre compte qu'un régime bien géré peut être un avantage concurrentiel ainsi qu'une occasion de partager les économies avec les employés et de faire participer ceux-ci à la gestion de leur santé.

**Trop de régimes privés au Canada ont encore un mauvais rapport qualité-prix... et la plupart des patients aujourd'hui veulent participer à la gestion de leurs soins de santé**

Néanmoins, trop de régimes privés au Canada ont encore un mauvais rapport qualité-prix.

De plus, de nombreux employeurs et administrateurs de régimes ne tiennent pas compte de ce qui est vraiment la réalité brûlante

du XXI<sup>e</sup> siècle : le fait que la plupart des patients aujourd'hui veulent participer à la gestion de leurs soins de santé. Nous sommes à l'ère des consommateurs « sur demande », où les produits et les renseignements à leur sujet sont facilement accessibles à ceux qui les consomment. En général, l'industrie des soins de santé a été lente à reconnaître cette réalité. Ce pourrait bien être une des dernières frontières à cet égard.

Par conséquent, j'ai choisi d'écrire un autre livre blanc, qui s'étend sur plusieurs des idées exposées dans le premier, mais qui se penche aussi sur l'importance d'examiner les régimes d'assurance médicaments du point de vue du consommateur. Mon but est d'encourager les employeurs à voir et à faire les choses différemment. À mon avis, comme l'indique le titre du présent livre blanc, ils doivent prendre le bon tournant.

## Pourquoi « Prendre un bon tournant »?

J'ai été captivée par une des histoires dans le livre *Israël, la nation start-up*, de Dan Senor et Saul Singer. C'est à propos d'une puce informatique conçue par l'équipe d'ingénieurs d'Intel en Israël. Un des principaux ingénieurs d'Intel Israël « essayait de trouver un moyen de produire des microprocesseurs de faible puissance qui allaient complètement à l'encontre du dogme selon lequel la seule manière de rendre les puces plus rapides était de donner plus de puissance aux transistors<sup>2</sup> ».

L'équipe israélienne mit au point des puces plus efficaces dont la vitesse d'horloge était moins rapide que celle, apparemment impressionnante, des puces existantes, mais qui faisaient tourner les logiciels plus rapidement. « Que pouvait-il exister de mieux qu'une voiture qui va plus vite sans risque de surchauffe? Pourtant, ce que l'équipe israélienne considérait comme un avantage, à savoir, le fait que le moteur tournait moins vite, le siège le voyait comme un gros problème. Après tout, le secteur tout entier mesurait la puissance des puces en fonction de la vitesse du moteur, à savoir, la vitesse d'horloge<sup>3</sup> ».

Les ingénieurs durent surmonter énormément de résistance de la part de leurs collègues américains avant de finir par convaincre l'entreprise que ce changement de philosophie était la voie à suivre. Les auteurs du livre décrivent « une passe d'armes historique qui eut lieu entre les cadres dirigeants d'Intel, à Santa Clara, et leur équipe israélienne<sup>4</sup> » et du résultat de laquelle dépendait la survie d'Intel.

En fin de compte, ils avaient raison, et les nouvelles puces ont alimenté la croissance extraordinaire de la part de marché d'Intel au milieu de la dernière décennie. Chez Intel et partout ailleurs dans l'industrie, cette adoption d'un paradigme tout nouveau prit le nom de « bon tournant ».

Le lien entre une découverte par des ingénieurs en informatique d'Israël il y a une dizaine d'années et le sort des régimes privés d'assurance médicaments au Canada aujourd'hui est simple.

Les Américains pensaient qu'essayer de convaincre l'industrie qu'une vitesse d'horloge plus lente était meilleure « revenait à convaincre Ford d'abandonner le nombre de chevaux et à dire à Tiffany's que le nombre de carats importait peu<sup>5</sup> ».

En d'autres mots, c'était une énorme perturbation du statu quo qu'ils ne voulaient absolument pas provoquer. Les Israéliens, toutefois, comprenaient que la surchauffe des puces allait bientôt devenir un gros problème dans l'industrie et que la voie qu'ils suivaient

était en fait celle que leurs concurrents devraient aussi bientôt adopter.

Les employeurs et les administrateurs de régimes doivent envisager de faire le même acte de foi. Ils doivent comprendre que mieux gérer les régimes et faire participer les employés, ce n'est pas une perturbation. C'est plutôt le bon tournant et la voie de l'avenir. Et l'avenir appartient aux premiers arrivés.

**Le sort des régimes privés d'assurance médicaments au Canada dépend de la prise d'un « bon tournant »**

Si les régimes privés d'assurance médicaments veulent survivre, et si les Canadiens veulent continuer à pouvoir compter sur le filet de sécurité qu'ils offrent, ceux qui les dirigent doivent prendre un bon tournant. Et cela commence par la compréhension et la reconnaissance des facteurs en jeu dans le monde des régimes privés d'assurance médicaments aujourd'hui.

## Le consommateur influent

Le premier de ces facteurs est ce qu'on pourrait appeler les « omnivores numériques », c'est-à-dire les consommateurs qui possèdent et utilisent régulièrement un ordinateur portable, une tablette et un téléphone intelligent. Les progrès de la technologie électronique et de la collecte des informations ont apporté de nombreux changements dans notre société, non seulement dans la façon dont nous pouvons offrir des services comme les soins de santé, mais aussi dans les attitudes et les attentes des personnes qui en bénéficient. À cet égard, les planificateurs des soins de santé commencent à comprendre qu'ils doivent considérer les patients

comme des consommateurs actifs, parce que c'est ainsi que les patients commencent à se considérer.

Nous vivons à une époque où presque toute information est disponible sur demande. Les gens utilisent leur téléphone

On doit considérer les patients comme des consommateurs actifs... nous vivons à une époque où presque toute information est disponible sur demande

pour mettre leur solde bancaire à jour, vérifier la disponibilité d'un vol ou voir de quoi une robe a l'air quand on la porte. Il y a un chocolatier qui est en train de tester des imprimantes 3D chez des consommateurs pour leur permettre de personnaliser leurs chocolats. Et, en Australie, la Commonwealth Bank offre une application qui

permet aux acheteurs de maison d'identifier une maison qu'ils aiment, d'en faire envoyer le descriptif à leur téléphone et de faire une demande de prêt hypothécaire. Beaucoup de gens comprennent très bien que les informations sur leur santé devraient aussi être facilement disponibles. En tant que consommateurs, quand nous voulons des renseignements sur quelque chose, nous présumons maintenant, très simplement, qu'il y a un monde électronique où nous pouvons les trouver. Et le sentiment d'autonomie qui accompagne cette découverte peut très vite se transformer en un sentiment de frustration lorsque, pour une raison quelconque, les renseignements ne sont pas disponibles.



Dans une étude récente de Deloitte sur l'évolution du comportement des consommateurs, on utilise le terme « consommateur influent », et on offre le conseil suivant aux entreprises qui veulent fidéliser les consommateurs :

« L'évolution se poursuit aujourd'hui, et l'autonomisation du consommateur a rejoint un autre niveau. [...] Le consommateur influent exige du choix, de la souplesse et une attention personnalisée [...]»<sup>6</sup>.

Pour les régimes d'assurance médicaments, cela veut dire que, de plus en plus, les employés vont vouloir savoir quels médicaments sont financés ou non, et pourquoi. Ils voudront pouvoir trouver facilement ces renseignements en ligne et participer au choix de leurs propres médicaments. Et, s'ils ne le peuvent pas, ils seront frustrés. Les employeurs devront bientôt faire un choix entre avoir des employés renseignés, autonomes et satisfaits et avoir des employés frustrés et maintenus dans l'ignorance.

## La question de la durabilité

Le deuxième facteur que les employeurs et les administrateurs de régimes devront considérer, c'est le rapport qualité-prix. Cela est peut-être particulièrement vrai pour les médicaments, qui sont un des coûts qui augmentent le plus vite dans les soins de santé aujourd'hui. En effet, au Canada, pendant la majeure partie des deux dernières décennies, les dépenses en médicaments ont constamment augmenté plus vite que les dépenses globales de santé. Le problème, c'est que, même si nous dépensons davantage sur nos régimes d'assurance médicaments, nous n'en avons pas nécessairement plus pour notre argent. Et nous en avons peut-être moins. Voilà le problème aujourd'hui. Dans 10 ou 20 ans, ce pourrait être un désastre.

De nouveaux médicaments arrivent apparemment sur le marché tous les jours. Beaucoup sont indéniablement de merveilleux produits d'importance vitale qui améliorent la qualité de vie. Dans ces cas, le rapport qualité-prix est élevé. Il y a, par exemple, un nouveau médicament contre l'hépatite C, appelé Sovaldi, qui est perçu par certains comme étant un remède potentiel. Mais le traitement complet coûte environ 84 000 \$ aux États-Unis, et ici, au Canada, où le médicament a reçu l'approbation réglementaire en décembre 2013, il peut coûter jusqu'à 55 000 \$.

### La question de la durabilité : Votre régime d'assurance médicaments sera-t-il viable dans 5, 10 ou 20 ans?

Dans certains cas, les patients ont besoin d'une deuxième cure, et le coût s'élève alors respectivement à 168 000 \$ et à 110 000 \$. Et Sovaldi s'administre en plus de l'association médicamenteuse classique contre l'hépatite C.

Le défi, c'est que des millions de personnes sont atteintes de l'hépatite C, donc certains considèrent le nouveau médicament comme presque un médicament grand public. « Administrer ce traitement [Sovaldi] à chaque Canadien positif à l'hépatite C coûterait environ 14 milliards de dollars<sup>7</sup> », soit à peu près l'équivalent de ce que les régimes privés d'assurance médicaments dépensent sur tous les médicaments d'ordonnance. Aux États-Unis, le coût est estimé à 300 milliards de dollars<sup>8</sup>.

Ce nouveau médicament contre l'hépatite C n'est qu'un seul nouveau médicament spécialisé parmi bien d'autres qui peuvent offrir un énorme avantage aux patients, mais à un coût considérable pour les régimes de santé. Selon Cubic Health, une part stupéfiante, soit 63 %, des nouveaux médicaments approuvés par Santé Canada en 2013 étaient des médicaments spécialisés, ce qui dresse un portrait de plus en plus cher pour les régimes d'assurance médicaments à l'avenir<sup>9</sup>.

Ce qui rend ce portrait encore plus cher, c'est que beaucoup de nouveaux médicaments se retrouvent sur le marché même s'ils offrent peu d'avantages supplémentaires par rapport aux médicaments existants. Et, pour des raisons qui ne sont pas tout à fait claires, la plupart des régimes privés continuent à les financer, en offrant ce qu'on appelle une liste de médicaments ouverte. Essentiellement, ces régimes inscrivent et remboursent n'importe quel médicament, à n'importe quel prix, qu'il soit avantageux ou non.

Résultat : le coût des régimes d'assurance médicaments augmente constamment sans qu'on en ait plus pour son argent. Au Canada, les dépenses en médicaments en 2013 sont estimées à 34,5 milliards de dollars, 63 % de ce montant ayant été absorbé par le secteur privé<sup>10</sup>. En estimant, de façon conservatrice, que la croissance des dépenses en médicaments sera de 2,4 %, le secteur privé fait face à une augmentation de plus d'un demi-milliard de dollars cette année, et encore plus l'année prochaine.

« L'incapacité à contenir le coût des médicaments au Canada a mené à une augmentation du coût de la main-d'œuvre, rendant ainsi les entreprises canadiennes moins concurrentielles »

Personne ne gagne dans cette situation : ni les employeurs, ni les employés et ni l'économie. Marc-André Gagnon s'est exprimé ainsi dans le *Toronto Star* en août 2014 : « L'incapacité à contenir le coût des

médicaments au Canada a mené à une augmentation du coût de la main-d'œuvre, rendant ainsi les entreprises canadiennes moins concurrentielles. La possibilité de perdre la couverture des médicaments réduit également la mobilité de la main-d'œuvre<sup>11</sup>. »

D'où la question de la durabilité : votre régime d'assurance médicaments sera-t-il viable dans 10 ou 20 ans?



## Deux familles, égales en noblesse

« Dans le monde des affaires, Shakespeare s'avère le guide supérieur [...] les gens perdent de vue ce qui importe et se concentrent plutôt sur leurs rivaux<sup>12</sup> », note Peter Thiel dans son livre *Zero to One*.

On croirait que Thiel et Shakespeare parlent du secteur pharmaceutique, où la poussière de la bataille pour la suprématie du marché entre les fabricants de médicaments de marque et génériques menace constamment d'occulter le but qui importe davantage : fournir des médicaments efficaces et abordables aux personnes qui en ont besoin.

### La bataille pour la suprématie du marché entre les fabricants de médicaments de marque et génériques menace d'occulter le but : fournir des médicaments efficaces et abordables aux Canadiens

Le fait est que les changements, quels qu'ils puissent être, dans la façon dont les employeurs gèrent leur régime d'assurance médicaments font face à la résistance et à la rivalité au sein de l'industrie pharmaceutique. Il est

compréhensible que certains laboratoires pharmaceutiques ne veuillent pas que les régimes d'assurance médicaments commencent à gérer leur liste de médicaments, parce que certains médicaments — habituellement les succédanés plus chers — seraient peut-être alors financés à un taux de remboursement inférieur.

L'approche récente la plus notable qu'utilisent les fabricants de produits pharmaceutiques de marque, c'est ce qu'on appelle les cartes de quote-part, de coupons ou d'avantages en pharmacie. Ces cartes ne visent que les médicaments dont le brevet est arrivé à échéance et dont il existe des versions génériques sur le marché ou les médicaments dont le brevet arrivera bientôt à échéance. Les cartes sont destinées à inciter les patients à demander des médicaments de marque au lieu de médicaments génériques à moindre coût, en échange de quoi le fabricant de médicaments de marque paiera la différence de prix ou de quote-part.

Le problème ici, c'est que ces cartes contournent les bonnes pratiques de liste de médicaments et incitent les patients à choisir un médicament qui, bien souvent, coûte plus cher à leur employeur ou à leur régime de santé. Les cartes de coupons vont aussi nettement à l'encontre d'une tendance bien établie au Canada : depuis 60 ans, toutes les provinces exigent, dans leur programme d'assurance médicaments, qu'on remplace les médicaments de marque par des génériques. Cette substitution par des génériques, comme on l'appelle, a été, au dire de tous, un franc succès en mettant des versions moins chères de médicaments de marque à la portée des Canadiens.

Par ailleurs, dans un article intitulé « Prescription-Drug Coupons — No Such Thing as a Free Lunch », *The New England Journal of Medicine* a dit ceci au sujet des cartes de coupons : « Les coupons, malgré les économies à court terme qu'ils permettent de faire, ne compensent pas les coûts à long terme plus élevés [...]. Plus les patients utilisent des coupons pour obtenir des médicaments de marque lorsque des substituts à moindre coût sont disponibles, plus les dépenses de leur assureur augmenteront. Une réaction prévisible des assureurs serait d'augmenter les cotisations pour tous les régimes et les individus<sup>13</sup>. »

Les cartes de coupons semblent faire partie d'une stratégie visant à saper le succès des génériques. Tom Blackwell, du *National Post*, le résume ainsi : « Puisque l'industrie pharmaceutique de marque fait face à une concurrence sans précédent, certaines entreprises — en finançant des exposés par des médecins et des pharmaciens [...] et des visites par des représentants — laissent entendre de plus en plus que les versions génériques de leurs produits sont peut-être inférieures, ou même moins sûres, même si les régulateurs les considèrent comme interchangeables. [...] Ces attaques, cependant, sont fondées sur peu ou pas de données empiriques, et elles sont contredites par près de 50 ans d'usage presque sans problème de médicaments génériques<sup>14</sup>. »

« Les critiques financés par l'industrie menacent également de saper les milliards de dollars que les génériques font économiser aux gouvernements et aux individus et dont on a besoin plus que jamais pour subventionner les nouveaux médicaments spécialisés extrêmement chers<sup>15</sup> », a noté Johanne Brosseau, anciennement du cabinet de conseil Mercer.

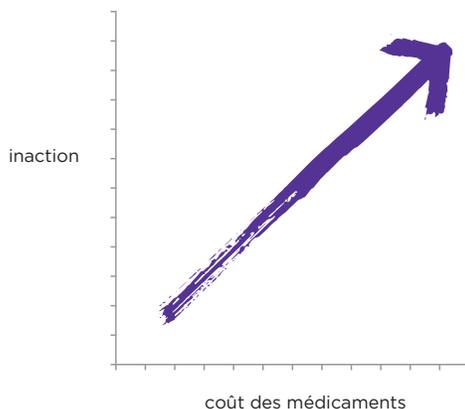
## La plupart passifs; quelques-uns gelés

Alors, quel rapport cela a-t-il avec les affaires et, plus particulièrement, les régimes d'assurance médicaments? Sur un marché du travail concurrentiel, la qualité du régime d'assurance médicaments d'une entreprise peut être un des facteurs qui

attirent les employés. Elle peut aussi être un facteur qui permet ou non de retenir les meilleurs employés. Les régimes d'assurance médicaments sont en fait un investissement extraordinaire que font les entreprises dans leur propre avenir. Étant donné cela, et étant donné aussi à quel point ces régimes peuvent coûter cher, il

Les régimes d'assurance médicaments sont un investissement extraordinaire que font les entreprises. Alors, pourquoi les employeurs sont-ils si passifs?

semble étonnant que les employeurs aient toujours été aussi passifs lorsqu'il s'agit de gérer ces régimes afin de s'assurer qu'ils sont avantageux pour les employés et qu'ils sont durables.



Et pourtant, passifs, c'est exactement ce qu'ils ont été. On raconte dans l'industrie qu'il y a des listes de médicaments qui sont gelées — c'est-à-dire qu'aucun nouveau médicament n'y a été ajouté — depuis des dizaines d'années. Ces entreprises n'ont peut-être pas à payer pour de nouveaux médicaments coûteux, mais elles n'ont peut-être pas l'avantage d'offrir des équivalents génériques à moindre coût, et elles limitent sans doute l'accès à bien des nouveaux médicaments d'importance vitale qui entrent en scène pratiquement chaque année.

À l'autre extrémité, comme mentionné plus haut, il y a les régimes d'assurance médicaments qui financent n'importe quel médicament, à n'importe quel prix. C'est là une forme tout à fait différente de passivité qui permet sans doute aux employés d'avoir n'importe quel médicament. À mon avis, cependant, l'avantage n'est au mieux que temporaire. Il est difficile d'imaginer comment un régime d'assurance médicaments pourrait se permettre de continuer à financer les produits les plus coûteux, bien qu'il y ait des substituts moins chers, sans finir par chercher des moyens de recouvrer ses coûts auprès des employés, en augmentant les quotes-parts, ou des clients, en augmentant les prix, ou des uns et des autres.

Il y a aussi des employeurs qui cherchent à réduire le coût de leur régime uniquement en plafonnant les frais d'exécution d'ordonnance et les franchises. À eux, je dis que la liste de médicaments est la partie la plus importante d'un régime privé d'assurance médicaments. Ce sont les médicaments qui améliorent la santé des employés et qui les aident à retourner au travail ou à être plus productifs, et non les frais d'exécution d'ordonnance et les franchises plafonnés.

C'est vraiment un système intéressant. Les employeurs offrent des régimes d'avantages sociaux à leurs employés. Les administrateurs de régimes — typiquement les compagnies d'assurance — offrent et administrent ces régimes d'avantages sociaux pour les employeurs. Et les entreprises de traitement des demandes, ou gestionnaires de soins pharmacothérapeutiques, traitent les demandes au nom de leurs propres clients ou des compagnies d'assurance. Ce sont tous des experts dans leur propre domaine, mais ce ne sont sans doute pas des experts en listes de médicaments. Et les employeurs se livrent à la merci d'un marché où les prix augmentent sans cesse, sans l'avis ni le soutien des experts qu'il leur faut pour en avoir plus pour leur argent.

Groupe Reformulary ne fait qu'une chose et la fait vraiment bien : gérer les listes de médicaments.

## Un bon tournant

Voilà donc la situation dans laquelle se trouvent aujourd'hui les employeurs et les administrateurs de régimes. Leurs employés-consommateurs sont impatients. Les coûts augmentent, et le rapport qualité-prix est douteux ou diminue. Et, historiquement, les régimes d'assurance médicaments, c'est un sujet qu'on n'aborde pas.

### Consommateurs sur demande. Hausse des coûts. Rapport qualité-prix douteux. Qu'est-ce qu'un bon tournant?

La question est maintenant la suivante : si la route sur laquelle on se trouve actuellement mène inexorablement au jour où les régimes privés d'assurance médicaments ne seront plus viables, comment en sortir? Qu'est-ce au juste qu'un bon tournant? La réponse, à

mon avis, n'est ni compliquée ni particulièrement difficile. En 2011, peu après la publication de mon premier livre blanc, j'ai lancé Groupe Reformulary, la première entreprise au Canada à se consacrer à la liste de médicaments — le cœur de tout régime d'assurance médicaments. Les éléments d'un bon tournant que je vais maintenant décrire sont basés sur les succès que nous avons connus au cours des

trois dernières années en aidant les employeurs à introduire une liste de médicaments avantageuse pour eux et leurs employés. Nous avons incité les employeurs à cesser d'hésiter, à retenir qu'un mauvais rapport qualité-prix est synonyme de gaspillage et à rendre avantageux leur régime d'avantages sociaux.

## Mauvais rapport qualité-prix = gaspillage

Il n'y a pas un entrepreneur prospère nulle part qui ne croit pas qu'en avoir et en donner pour son argent est essentiel au fonctionnement d'une entreprise. Le fait est qu'un régime d'assurance médicaments est une entreprise. Et il doit à la fois en avoir et en donner pour son argent. Trop souvent aujourd'hui, ce n'est pas le cas.

Financer chaque nouveau médicament qui arrive sur le marché, ce n'est certainement pas en avoir pour son argent — pas quand on pourrait plutôt financer un médicament beaucoup moins cher qui agit tout comme le médicament de marque d'origine. Une étude historique a montré que 84 % des nouveaux médicaments, qui sont souvent plus coûteux, en donnent très peu pour son argent ou n'offrent pas de nouveaux avantages<sup>16</sup>.

En fait, financer chaque nouveau médicament, ce n'est pas avantageux pour les employés non plus, contrairement aux apparences, surtout lorsque les employeurs finissent par trouver d'autres moyens de récupérer leurs pertes auprès des employés ou que le régime risque un jour de disparaître. C'est bien simple : tout financer, ça ne marche pas, ce n'est pas abordable et ce n'est pas avantageux. On doit gérer les listes de médicaments en respectant cette réalité fondamentale.

L'approche que je préconise consiste à mettre en place des listes de médicaments mieux gérées. Les employeurs et les administrateurs de régimes doivent s'assurer que les médicaments couverts par leur régime sont les plus avantageux, c'est-à-dire les plus efficaces, les plus efficaces et, dans le monde réel, les plus utiles. Par utilité

dans le monde réel, j'entends un retour plus rapide au travail ou une plus grande productivité ou mobilité. Cela est rarement difficile à déterminer. Si le médicament A traite efficacement les brûlures d'estomac et coûte 25 \$ et que le médicament B traite efficacement les brûlures d'estomac et coûte 75 \$, il est clair que le médicament A est plus

### Pourquoi une liste de médicaments bien gérée est un bon tournant

avantageux. Et, à ceux qui protestent que ce n'est pas aussi simple, je réponds : dans la très vaste majorité des cas, c'est vraiment aussi simple.

Les médicaments génériques existent depuis près de 60 ans et, n'en déplaise aux fabricants de médicaments de marque, ne disparaîtront pas. La stratégie des cartes de coupons décrite plus haut suggère subtilement que les médicaments génériques ne sont pas aussi bons et que les médicaments de marque sont plus souhaitables. Il s'agit là, au mieux, d'une suggestion inappropriée. Il a été prouvé que les génériques sont bioéquivalents aux médicaments de marque, et Santé Canada l'a confirmé. Dans presque tous les cas, leur mode d'action est exactement le même, et leur effet sur la santé l'est aussi. Pour cette raison, les employeurs devraient faire en sorte que leur régime exige la substitution par des équivalents génériques lorsqu'ils sont disponibles. Il n'y a aucune raison médicale de ne pas le faire, et le coût en est presque toujours une raison convaincante.

Par contre, il ne s'agit pas seulement de chercher des équivalents génériques. Ce qu'il faut, c'est une évaluation, par des experts, des milliers et des milliers de médicaments disponibles, en vue de déterminer lesquels sont les plus avantageux.

C'est exactement ainsi que procède Groupe Reformulary, en se servant d'un comité d'experts indépendants formé de médecins et de pharmaciens pour déterminer, parmi les médicaments disponibles, lesquels sont les meilleurs pour les diverses affections possibles. Il s'agit d'un groupe d'experts cliniciens hautement qualifiés et sans lien de dépendance. Ce groupe examine aussi les nouveaux médicaments qui sont lancés sur le marché, s'assurant ainsi que la liste de médicaments que nous proposons pour les régimes privés d'assurance médicaments est aussi avantageuse que possible.

Ce qu'il faut comprendre à propos de cette approche, c'est qu'elle n'offre pas qu'un seul médicament par affection. Elle ne dit pas aux employés qu'ils n'ont qu'une seule option. Ce qu'elle fait plutôt, c'est établir une liste de médicaments « privilégiés » — ceux qui sont remboursés au taux le plus élevé par le régime. Telle est, selon moi, l'approche que tous les employeurs et les administrateurs de régimes devraient envisager, car elle offre ce qu'il y a de plus avantageux tout en donnant le choix.

Les médicaments privilégiés sont ceux dont le taux de remboursement est le plus élevé. Ce sont les médicaments — de marque ou génériques — qui sont les plus avantageux. D'autres médicaments, qui font la même chose mais coûtent plus cher, peuvent aussi être inscrits sur la liste, mais, si les gens les choisissent, leur quote-part

sera plus élevée. En d'autres mots, ils peuvent choisir le médicament qu'ils veulent, mais, s'ils choisissent un médicament qui est moins avantageux, ils devront en absorber une partie du coût.

**Reformulary est une liste de médicaments qui offre ce qu'il y a de plus avantageux tout en donnant le choix**

Les laboratoires pharmaceutiques auraient intérêt à surveiller cette tendance, car elle se répandra fort probablement au Canada, de la même façon qu'elle s'est répandue au sud de la frontière. Comme en déduit Andrew Pollack, du *New York Times*, la gestion intelligente des listes de médicaments force les fabricants à rivaliser quant au prix s'il existe des substituts cliniquement équivalents et plus abordables<sup>17</sup>.

## Voici le consommateur de soins de santé de demain

« Les participants veulent contrôler leurs avantages » — manchette dans le *Sondage Sanofi Canada sur les soins de santé 2014*.

Privilégier des médicaments est un bon tournant qui s'écarte très manifestement de la façon dont les choses se font depuis toujours, en grande partie parce que cette approche fait participer les employés au processus décisionnel. Historiquement, les adhérents obtenaient une ordonnance de leur médecin, la faisaient exécuter à la pharmacie et prenaient le médicament comme prescrit.

### Les participants veulent contrôler leurs avantages

Comme indiqué plus haut, cependant, les patients ont de moins en moins tendance à accepter un tel rôle passif dans leurs soins de santé. Ce n'est peut-être pas facile pour les administrateurs de régimes d'avoir des employés qui

prêtent attention aux publicités pour les nouveaux médicaments ou qui insistent sur un produit en particulier tout simplement parce que quelqu'un leur a dit qu'il était efficace, mais, en fin de compte, la participation des employés peut être une bonne chose. Il s'agit simplement de leur faire comprendre que cela les concerne.

Aujourd'hui, dans les soins de santé, il y a une tendance à « pousser » les patients. Les politiques sont conçues pour pousser les gens à adopter un mode de vie plus sain et à améliorer leur état de santé. Les employeurs devraient envisager des approches qui inciteront les employés à choisir les médicaments privilégiés.

### Poussez vos employés à améliorer leur état de santé

Mon expérience ces dernières années m'a convaincue que, lorsqu'il s'agit de régimes d'assurance médicaments et surtout de listes de médicaments, il faut informer les employés et les faire participer. Si les employés comprennent que le médicament privilégié les aidera

tout autant que l'autre médicament, qu'il leur coûtera moins cher et qu'il contribuera à rendre leur régime plus durable, la plupart — sinon la quasi-totalité — d'entre eux commenceront à choisir ce médicament. Notre liste de médicaments est transparente : ceux qui adhèrent à Reformulary peuvent voir exactement quels médicaments sont couverts, puis à quelle quote-part, et quels substituts sont disponibles. Et ils n'ont pas besoin d'être assis à leur bureau ou d'être au travail pour se renseigner sur les médicaments inscrits dans Reformulary.

Il y a une multitude de moyens d'intégrer les employés. L'approche de Reformulary consiste à fournir aux employeurs des outils pour les aider à faire participer les employés au bon fonctionnement du régime. En particulier, les employés ont accès à ce qu'on appelle MédiGuide, un outil en ligne qui explique quels médicaments sont disponibles, puis quelle en est la quote-part, et qui suggère des substituts appropriés. Ainsi, ils peuvent comprendre non seulement qu'il y a des médicaments privilégiés, mais aussi pourquoi il y en a et pourquoi il est logique de les choisir.

De plus, nous reconnaissons les pharmaciens comme étant des partenaires essentiels afin que l'expérience soit positive pour les patients. Nous leur communiquons régulièrement des mises à jour, nous avons pour eux des outils de pharmacie sur notre site Web, et nous leur donnons pleinement accès à l'outil MédiGuide, qui leur permet d'aider leurs patients à faire eux-mêmes le meilleur choix.

Les entreprises devraient s'engager auprès des consommateurs, qui évoluent sans cesse et qui en veulent toujours plus... afin que les employés comprennent que les médicaments qu'ils choisissent auront un effet sur leur santé, leur portefeuille et la durabilité du régime dont ils dépendent

Autrefois, on décourageait les employés de poser des questions sur les médicaments couverts par leur régime. Dans un grand nombre d'entreprises, c'est peut-être encore le cas. Cette époque, cependant, tire sûrement à sa fin. Les employeurs devraient encourager leurs employés à poser des questions, à parler à leur médecin et à se documenter sur les médicaments disponibles. Un employé

bien informé est un employé qui participe, et les employés qui participent comprennent que les médicaments qu'ils choisissent auront un effet non seulement sur leur santé et leur portefeuille, mais aussi sur la durabilité du régime dont ils dépendent. Et, au Canada, ce niveau de connaissance et de participation est essentiel à l'avenir des régimes privés d'assurance médicaments.

« [...] ce que l'on sait avec certitude, c'est que pour survivre, les entreprises devront continuer d'écouter le consommateur influent, qui ne cesse d'évoluer et qui exige toujours plus<sup>18</sup>. »

## Profiter des données

« Pourquoi accepteriez-vous un coût que vous ne comprenez pas, peu importe qu'il soit élevé ou faible<sup>19</sup>? » Voilà la question tranchante que pose Paula Allen, vice-présidente, Recherche et solutions intégratives, chez Morneau Shepell.

On ne peut pas corriger ce qu'on ne peut pas mesurer, et on ne peut pas gérer les coûts si on ne les comprend pas. Cela vaut aussi bien pour la gestion des régimes d'assurance médicaments que pour n'importe quoi d'autre. On dit que les données, c'est le pouvoir. Nous sommes d'accord. Il y a beaucoup de données, et nous pouvons aider à les transformer en informations qui serviront à évaluer les régimes d'avantages sociaux et à les rendre aussi avantageux que possible pour les employés et les employeurs.

Les régimes d'assurance médicaments les meilleurs, les plus réussis et les plus durables sont ceux qui recourent à des experts pour analyser les données. Pourquoi? Parce que les données sont un important facteur de valorisation. Il faut aider les administrateurs de régimes à intégrer et à exploiter une énorme quantité d'informations pour les éclairer et favoriser l'élaboration de modèles analytiques permettant de prévoir les résultats de santé. En intégrant un large éventail de données sur les patients, de données démographiques, de données sur l'efficacité des médicaments et de données sur les coûts provenant de régimes d'assurance médicaments et d'assurance invalidité, les administrateurs de régimes pourront en donner encore plus aux employés et aux employeurs pour leur argent.

Idéalement, la collecte des données doit se faire à travers différents instruments d'optique. Par exemple, il faut un télescope pour voir clairement les grandes tendances sur le marché, dans les soins pharmacothérapeutiques et dans les régimes d'assurance médicaments. Il faut des jumelles pour examiner les données réelles sur les demandes de remboursement des employeurs inscrits à un régime particulier d'assurance médicaments, comme Reformulary, et pour savoir ce qui s'est passé — par exemple, combien d'adhérents ont changé de comportement. Autrement dit, pousse-t-on les employés dans la bonne direction?

Enfin, il faut un microscope pour surveiller l'observance et établir un lien entre les médicaments et l'accroissement de la productivité, la rapidité du retour au travail, etc., ou pour prédire la probabilité que la prise de certains médicaments entraîne une invalidité.

« On ne voit pas très clairement le lien entre les dépenses du régime et les résultats obtenus sur le plan de la productivité<sup>20</sup> », a noté Carol Craig, directrice, Ressources humaines, avantages sociaux et régimes de retraite, chez TELUS.

## Conclusion

La ventilation des coûts est toujours un jeu à somme nulle. En ce qui concerne les régimes d'assurance médicaments, nous savons que, quelque part, quelqu'un doit payer. C'est soit l'employeur, ce qui, à long terme, rendra le régime non viable, soit l'employé, ce qui, à court terme, rendra le régime indésirable. Ou alors, c'est le consommateur, à cause de l'augmentation du coût des biens que vendra l'employeur. Je crois fermement que le chemin sur lequel se trouvent les régimes privés d'assurance médicaments sera très difficile, à moins qu'on prenne un bon tournant — et ce, au plus vite. Aux employeurs, donc, je dis trois choses :

- 1. Dotez votre régime d'une liste de médicaments mieux gérée.**
- 2. Habilez vos employés : faites-en des consommateurs influents**
- 3. Analysez vos données : elles ont une valeur sanitaire pour vos employés et une valeur prédictive pour votre régime**

Ces trois recommandations ne sont que quelques-unes des mesures que devraient envisager les employeurs et les administrateurs. Il y a bien d'autres possibilités — des possibilités que mon entreprise et d'autres commencent à explorer.

Par exemple, en ce qui concerne les demandes de remboursement, il y en a qui soutiennent qu'on devrait éliminer les formulaires papier, dont on ne peut pas vraiment contrôler le prix, et rendre obligatoires les cartes de règlement direct. Les employeurs pourraient aussi opter pour des réseaux privilégiés de pharmacies, dont toutes les pharmacies pourraient faire partie, à condition d'offrir un certain niveau de service et une certaine tarification. Certes, les régimes auraient avantage à travailler ensemble. Ils augmenteraient ainsi de beaucoup leur pouvoir d'achat, et une baisse du coût des médicaments en résulterait assurément.

Quelles que soient les approches que les employeurs choisiront, la pression sur eux montera certainement. La question la plus importante de nos jours en matière de soins de santé, c'est la durabilité, et il en est de même pour les régimes d'assurance médicaments. Les clients de Reformulary ont réalisé des économies réelles de 9 à 27 % par an, en grande partie parce qu'environ 85 % des adhérents de leur régime prennent maintenant des médicaments privilégiés. Notre taux de pénétration des génériques est de près de 85 %, alors que la moyenne dans le secteur privé est de 55 %. S'il en est ainsi, c'est, à notre avis, parce que nous faisons participer les employés, nous les habilitons et nous leur confions la tâche de contribuer d'une manière positive à la gestion de leur régime.

## Les clients de Reformulary ont pris un bon tournant, et le reste de l'industrie devrait les suivre

L'importance des régimes privés d'assurance médicaments au Canada est incontestable. Et la menace qui pèse sur ces régimes — du fait de l'augmentation du coût des médicaments, de la résistance de l'industrie pharmaceutique au changement et de l'approche historiquement passive adoptée par les gestionnaires de régimes — est, il me semble, indéniable. Cette menace, par contre, est gérable. Les clients de Reformulary et d'autres au Canada l'ont démontré. Ils ont pris un bon tournant, et le reste de l'industrie devrait les suivre.

# Références

- <sup>1</sup> Helen Stevenson, *Finis, les chèques en blanc*, livre blanc, mai 2011.
- <sup>2</sup> Dan Senor et Saul Singer, *Israël, la nation start-up : les ressorts du miracle économique israélien*, Paris, Maxima, 2011, p. 56.
- <sup>3</sup> *Ibid.*, p. 56-57.
- <sup>4</sup> *Ibid.*, p. 53.
- <sup>5</sup> *Ibid.*, p. 57.
- <sup>6</sup> Deloitte Canada, *L'évolution du consommateur : les changements de comportement engendrent de nouveaux modèles de gestion*, septembre 2014, p. 3.
- <sup>7</sup> Genna Buck, « A cure for hepatitis C », *Maclean's*, 28 juillet 2014.
- <sup>8</sup> Steve Miller, « The Sovaldi Tax: Gilead Can't Justify The Price It's Asking For Hepatitis C Therapy », *Forbes*, 17 juin 2014.
- <sup>9</sup> Cubic Health Canadian Drug Database, 2014.
- <sup>10</sup> Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013*, p. xv.
- <sup>11</sup> Marc-André Gagnon, « A national drug plan in Canada could boost the economy », *The Toronto Star*, 18 août 2014.
- <sup>12</sup> Peter Thiel, avec Blake Masters, *Zero to One*, New York, Crown Business, 2014, p. 38.
- <sup>13</sup> Joseph S. Ross et Aaron S. Kesselheim, « Prescription-Drug Coupons — No Such Thing as a Free Lunch », *The New England Journal of Medicine*, vol. 369, n° 13 (26 septembre 2013), p. 1188-1189.
- <sup>14</sup> Tom Blackwell, « The new drug wars: Brand-name pharma giants attack generic firms as competition grows », *National Post*, 14 septembre 2014, consulté au <http://news.nationalpost.com/2014/09/14/brand-name-pharma-giants-attack-generic-firms-as-competition-grows/>.
- <sup>15</sup> *Ibid.*
- <sup>16</sup> International Society of Drug Bulletins, « Increasing Drug Costs: Are we getting good value? », *Therapeutics Letter*, n° 59 (avril-juillet 2006), consulté au <http://www.ti.ubc.ca/pages/letter59.htm>.
- <sup>17</sup> Andrew Pollack, « Health Insurers Pressing Down on Drug Prices », *The New York Times*, 20 juin 2014.
- <sup>18</sup> Deloitte Canada, *op. cit.*, p. 17.
- <sup>19</sup> Sanofi Canada, « La philosophie des régimes doit en déterminer la structure », *Sondage Sanofi Canada sur les soins de santé 2014*, juin 2014, p. 24.
- <sup>20</sup> *Ibid.*, p. 25.