

# Finis, les chèques en blanc

## TIRER MEILLEUR PARTI DES RÉGIMES PRIVÉS D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS

PAR HELEN STEVENSON

PDG, Reformulary Group

Anciennement cadre supérieure, Programme de médicaments de l'Ontario  
et sous-ministre déléguée, ministère de la Santé de l'Ontario

PRÉFACE DE DON DRUMMOND

Conseiller économique, Banque TD

Matthews Fellow in Global Policy

and Adjunct Professor, Queen's University

Ancien sous-ministre délégué, ministère des Finances, Canada

Ancien premier vice-président et économiste en chef, Banque TD

MAI 2011

# Préface

---

## **L'alarme a sonné. Les coûts du système de soins de santé canadien croissent de manière faramineuse, étouffent d'autres services publics et risquent d'entraîner des hausses de taxes croissantes.**

---

Les dépenses en médicaments sont les grandes coupables. Les provinces ont commencé à réagir en négociant des réductions, en utilisant plus de médicaments génériques et en limitant le paiement d'honoraires. Cependant, une grande portion des dépenses en médicaments revient aux employeurs du secteur privé et à leurs régimes de prestations. Les employeurs se sentent et se montrent impuissants à maîtriser les augmentations de coûts qui se chiffrent à environ 10 % par année. Cela va à l'encontre des intérêts de plusieurs, car les entreprises refilent ces augmentations soit à leurs clients en haussant leurs prix, soit à leurs employés en coupant leurs autres prestations ou leurs salaires. On comprend la passivité des entreprises face à cette inflation des dépenses, car les informations dont ils ont besoin pour agir sont voilées par un épais brouillard.

Après avoir mené la charge ontarienne contre les coûts des médicaments, Helen Stevenson a heureusement porté son attention vers le secteur privé pour montrer aux employeurs comment lever le voile et débrouiller la question. Sa présentation contient des conseils utiles pour les employeurs. Elle souligne que certains nouveaux médicaments sont colossalement chers, sans toutefois offrir

des bénéfices qui en valent la peine. Que les médicaments génériques plus économiques peuvent souvent répondre parfaitement aux besoins de santé des employés. Et qu'en plus, il ne coûte pas nécessairement moins cher de rembourser les employés pour leurs achats que d'agir plus directement. Madame Stevenson propose aux employeurs plusieurs façons de réduire leurs dépenses.

Tous les employeurs qui offrent des régimes d'assurance-médicaments devraient lire *Finis, les chèques en blanc : Tirer meilleur parti des régimes privés d'assurance-médicaments*. Tout compte fait, ce sont les clients et les employés des entreprises qui paient pour l'inefficacité de certains régimes et chacun d'entre nous devrait se sentir concerné. Madame Stevenson demande aux employés d'assumer une plus grande part de responsabilité pour leur santé et leur bien-être et d'être plus proactifs en choisissant des médicaments dont l'efficacité-coût a été démontrée. Après tout, ce sont eux qui, finalement, obtiennent les bénéfices et écotent des coûts.

### **Don Drummond**

Conseiller économique, Banque TD  
Matthews Fellow in Global Policy and  
Adjunct Professor, Queen's University

Ancien sous-ministre délégué, ministère  
des Finances Canada

Ancien premier vice-président et  
économiste en chef, Banque TD

## INTRODUCTION

Tout le monde connaît les médicaments d'ordonnance, car rares sont ceux qui n'ont jamais dû en consommer. Mais étant donné que selon toute évidence, 98 % des Canadiens<sup>1</sup> souscrivent à une forme de régime d'assurance qui les aide à s'acquitter du coût de leurs ordonnances, très peu d'entre eux se rendent compte du coût réel des médicaments, savent qui doit supporter ces coûts ou comprennent comment on arrive à les payer.

Les dépenses en médicaments sont une préoccupation à travers le Canada. Les universitaires et les organismes tels le Conference Board of Canada, le Conseil canadien de la Santé et le Bureau de la concurrence Canada, sans compter les journaux, les magazines et les publications spécialisées, ont tous remarqué qu'au pays, les dépenses en médicaments augmentent sans cesse depuis des décennies. En fait, les médicaments sont au deuxième rang des dépenses de santé, après les hôpitaux. C'est l'éléphant dans la pièce du système de santé : on ne peut pas l'éviter, ni le contrôler.

Le but de cette présentation n'est pas de critiquer ni de rendre un verdict sur la gestion des dépenses en médicaments dans le secteur privé.\* Mais ayant réformé et géré le plus important régime d'assurance-médicaments au pays, je peux affirmer avec assurance qu'il est possible de contrôler les dépenses en médicaments d'ordonnance ; qu'il est nécessaire de modifier les régimes d'assurance-médicaments des employeurs ; et que, malgré les dires des opposants systématiques, la réforme est possible.

Il faut reconnaître que jusqu'à tout récemment, le système d'assurance-médicaments d'ordonnance, qu'il soit public ou privé, a été voilé de mystère, opaque et souvent financièrement impénétrable.

Au cours des cinq dernières années, le secteur public a dû passer aux actes. Les provinces ont exploité leur pouvoir d'achat et leurs pouvoirs législatifs pour imposer certaines restrictions au sein du système ; pour accorder du financement en se fondant sur des preuves et en tenant compte de leurs budgets ; et enfin, pour contrôler les coûts et ainsi réaliser des économies pour les contribuables qui supportent ces coûts. Le travail est loin d'être terminé, mais on a fait beaucoup de progrès. Le gouvernement de l'Ontario, par exemple, a prouvé que l'on pouvait réaliser des économies se chiffrant déjà dans les milliards de dollars.

Avec quelques efforts, le secteur privé pourrait aussi faire des économies importantes. Mais jusqu'à maintenant, les régimes privés d'assurance-médicaments semblent avoir été gérés à la légère, en limitant les mesures de contrôle des coûts, en coupant, par exemple, les prestations aux retraités. À mon avis, il existe des mesures plus appropriées. Nous examinerons ici les faiblesses du système actuel et proposerons des moyens réalistes de tirer meilleur parti des régimes privés d'assurance-médicaments. Et comme le titre de cette présentation le laisse entendre, il faut cesser d'émettre des chèques en blanc.

\* Aux fins de cette présentation, les termes « régime privé d'assurance-médicaments » et « régime d'assurance-médicaments des employeurs » sont interchangeables.

## ON RECONNAÎT QUE LE PROBLÈME EST ÉNORME

**Les entreprises canadiennes dépensent environ 200 millions de dollars par semaine en médicaments d'ordonnance.**

En 2010, ces dépenses coûtaient environ 10,2 milliards<sup>2</sup> aux régimes privés d'assurance-médicaments. Et bien que ces coûts soient de plus en plus élevés, rien ne laisse croire qu'ils sont tous justifiables.

Un rapport publié récemment par le Conference Board of Canada sonnait l'alarme : « Les coûts des prestations ont augmenté de 10 pour cent d'année en année... si on ne peut les comprimer, la viabilité à long terme des régimes de prestations des employeurs sera menacée. »<sup>3</sup>

---

**Les entreprises canadiennes  
dépensent environ**  
**200 million**  
**de dollars par semaine**  
**en médicaments d'ordonnance.**

---

L'Institut canadien d'information sur la santé a aussi noté l'augmentation constante des dépenses en médicaments d'ordonnance, comme l'ont fait le Bureau de la concurrence Canada et le Conseil canadien de la santé. Les consultants en placements et en avantages sociaux qui ont l'œil sur la situation recommandent aussi que les régimes privés s'adaptent aux nouvelles réalités. André Picard, journaliste de renom dans le domaine de la santé, écrivait récemment : « Les consommateurs qui utilisent des

médicaments d'ordonnance et les régimes d'assurance qui en sont les principaux acheteurs doivent commencer à s'interroger sur les faits et à poser de sérieuses questions. »<sup>4</sup>

Comme nous allons le démontrer, les causes de l'augmentation constante des dépenses en médicaments et des coûts des régimes d'assurance-médicaments ont beaucoup moins à voir avec le nombre de prestataires canadiens et avec leur âge qu'avec la manière dont ces régimes sont gérés.

## POURQUOI ALORS DEVRIONS-NOUS NOUS SOUCIER DES RÉGIMES PRIVÉS D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS ?

À prime abord, la raison pour laquelle la plupart d'entre nous devrions nous soucier de la manière dont les régimes privés d'assurance-médicaments gèrent leurs dépenses n'est pas évidente. Après tout, ces régimes relèvent du secteur privé, sont gérés par les employeurs avec l'aide des assureurs et sont offerts aux employés en tant que composante de leur rémunération. Mais la raison pour laquelle nous devrions nous y intéresser est que les coûts des médicaments, qui ne cessent de croître, ne sont pas absorbés comme par magie par les compagnies d'assurance. Ils sont retransmis aux employeurs, lesquels devront à leur tour alléger leur fardeau en augmentant, par exemple, le prix des produits et services de leur entreprise, en réduisant les prestations pharmaceutiques des retraités et même en limitant les augmentations des salaires et des avantages sociaux de leurs employés. En bout de ligne, cela signifie qu'un plus grand nombre de Canadiens devront payer leurs

médicaments d'ordonnance de leur propre poche et, à mon avis, ce n'est pas la voie dans laquelle nous voulons nous engager en tant que société. Sinon, de plus en plus de gens devront choisir entre l'achat de médicaments et l'achat de nourriture ou le paiement du loyer. C'est déjà le cas de milliers de Canadiens qui n'ont aucun régime d'assurance-médicaments. Et si, comme moi, vous rencontrez une personne qui vient de décider de se passer de médicaments contre le diabète afin de pouvoir nourrir sa famille, la maîtrise des dépenses en médicaments dans le secteur privé cesse d'être une question théorique intrigante et devient une question d'intérêt public.

---

Et face aux coûts  
**qui menacent**  
la viabilité de ses régimes,  
le secteur privé  
**se doit d'agir.**

---

### QU'EST-CE QUI NE VA PAS DANS LE SYSTÈME ACTUEL ?

Les dépenses en médicaments grimpent en flèche et, compte tenu de la situation actuelle au Canada, tout indique qu'ils vont continuer à monter. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) brosse un tableau plutôt sombre :

« Les dépenses en médicaments sont l'un des facteurs d'accroissement des coûts de santé au Canada. De 1985 à 2007, les dépenses totales en santé ont augmenté à un taux annuel moyen de 6,6 %. Au cours

de la même période, les dépenses totales en médicaments, elles, ont augmenté au rythme annuel de 9,2 %. »<sup>5</sup> À titre de référence, les prévisions canadiennes de croissance du produit intérieur brut en dollars constants était de - 2,5 % en 2009 et de 3,5 % en 2010.<sup>6</sup>

Vu de l'extérieur, il semble évident que le secteur privé a été plus lent à aborder le problème de l'augmentation des dépenses en médicaments que le secteur public. Au cours des quatre dernières années, **le taux de croissance des dépenses en médicaments au privé a dépassé celui du secteur public.** Ces dépenses se sont chiffrées à environ 14 milliards de dollars en 2009, ce qui représente un taux de croissance annuel de 7 %, tandis que dans le secteur public, ces dépenses se chiffraient à environ 11,4 milliards en 2009, soit un taux de croissance de 4 %.<sup>7</sup>

Traditionnellement, les employeurs ont été lents à agir pour contrôler les coûts des régimes d'assurance-médicaments. Le problème n'en est pas un de complaisance, mais bien de manque de sensibilisation. Jusqu'à il y a environ cinq ans, peu de gens se souciaient des dépenses en médicaments. Mais récemment, les changements importants qui sont survenus dans le secteur public ont attiré l'attention du public sur les dépenses en médicaments et sur la question de la transparence. Il existe donc maintenant dans le domaine public une politique-cadre qui donne au secteur privé les moyens et l'autorité morale d'emboîter le pas. **Et face aux coûts qui menacent la viabilité de ses régimes, le secteur privé se doit d'agir.**

Selon le Conference Board of Canada, 73,4 pour cent des employeurs ont déclaré que

le coût croissant des médicaments est le principal facteur d'augmentation des coûts annuels des prestations.<sup>8</sup> Comme nous l'avons mentionné plus haut, **ces coûts ne disparaissent pas comme par enchantement ; ils sont souvent retransmis au système économique par des augmentations du prix des produits et services d'une entreprise ou encore légués aux employés.** Comme l'explique le Conseil canadien de la santé, « les régimes privés d'assurance-médicaments sont financés en partie, quoique indirectement, par les employés... Peu importe le mécanisme, du point de vue de l'employeur, l'assurance-médicaments est un coût salarial additionnel. Il se peut donc que les employés reçoivent un salaire moindre. Certains régimes exigent que les employés paient une partie des primes... [et] des coûts déboursés sous forme de quote-part ou de franchise. »<sup>9</sup>

Il est évident que les employeurs et les employés ont tout intérêt à freiner la croissance des coûts des régimes d'assurance-médicaments, voire même à faire marche arrière.

Quels sont donc les facteurs qui contribuent à l'augmentation constante des coûts de ces régimes ? Il est évident que cette augmentation est due en partie à une plus grande utilisation de médicaments, soit un plus grand nombre d'ordonnances et des durées de traitement plus longues. On peut toutefois identifier les quatre facteurs qui sont principalement responsables de cette croissance constante :

#### **N'importe quel médicament, à n'importe quel prix**

Presque tous les nouveaux médicaments approuvés par Santé Canada sont ajoutés

à la liste de médicaments de presque tous les régimes privés... et de nouveaux médicaments arrivent sans arrêt sur le marché. **On ne peut nier que certains médicaments d'origine innovateurs offrent des bénéfices** extraordinaires. Grâce aux médicaments cardiovasculaires, par exemple, le taux de mortalité due aux maladies cardiovasculaires a baissé de 64 % depuis 1981 ; le taux de mortalité imputable au VIH ou au sida, lui, a chuté de 80 % au cours des 30 dernières années.<sup>10</sup>

**En revanche, une portion importante de nouveaux médicaments offrent peu de nouveaux avantages par rapport aux médicaments existants.** Une étude qui a fait date a démontré que 84 % de tous les nouveaux médicaments n'ont qu'une valeur minimale ou n'offrent aucun nouvel avantage.<sup>11</sup>

Pourtant, la majorité de ces nouveaux médicaments coûtent plus cher. Plus précisément, le problème est que « ... les listes de médicaments des régimes privés accueillent tous les nouveaux venus, peu importe leur prix et peu importe s'ils offrent ou non plus de bénéfices aux patients que des médicaments existants moins chers. »<sup>12</sup> Si c'est le cas, les nouveaux médicaments pour traiter certaines maladies ne sont pas vraiment nécessaires, à moins d'être offerts à des prix concurrentiels.

Par contre, dans le cas du pourcentage moindre de nouveaux médicaments qui offrent de vrais avantages comparativement aux médicaments existants, ou qui ciblent un segment spécifique de la population, on peut justifier un prix élevé.

### Exploitation insuffisante du potentiel des génériques

On comprend facilement que les médicaments génériques soient attrayants pour les régimes d'assurance-médicaments. Ils offrent exactement les mêmes avantages pour la santé que les médicaments d'origine équivalents, mais coûtent beaucoup moins cher.

**Si les ordonnances de médicaments génériques augmentaient de 1 % seulement, soit jusqu'à 58 %, les régimes d'assurance-médicaments canadiens économiseraient chaque année environ**

**229 millions**  
de dollars.<sup>14</sup>

À l'heure actuelle au Canada, quelque 57 pour cent des ordonnances sont exécutées avec des médicaments génériques. Ceux-ci ne représentent toutefois que 25 pour cent des dépenses en médicaments. Aux États-Unis, par contre, le taux d'ordonnance de médicaments génériques atteignait 75 pour cent en 2009.<sup>13</sup>

**Si les ordonnances de médicaments génériques augmentaient de 1 % seulement, soit jusqu'à 58 %, les régimes d'assurance-médicaments canadiens économiseraient chaque année environ 229 millions de dollars.<sup>14</sup>**

Mais même si les génériques représentent des économies potentielles évidentes, il existe encore des régimes qui n'exigent pas qu'on les substitue aux médicaments d'origine\*\* et, parmi ceux qui l'exigent, les directives sont parfois ambiguës et la

substitution n'est pas toujours imposée. Un exemple flagrant est le cas de Lipitor, un hypocholestérolimiant ayant coûté des milliards. Lorsqu'une version générique de Lipitor est apparue en mai 2010, les régimes privés d'assurance médicaments auraient dû économiser des dizaines de millions de dollars, car les employés qui prenaient ce médicament recevaient la version générique de Lipitor coûtant la moitié du prix du médicament d'origine. Pourtant un grand nombre de personnes qui prenaient du Lipitor se sont vu prescrire non pas une version générique, mais un hypocholestérolimiant de marque complètement différent. Les régimes privés ont alors continué à payer pour un médicament d'origine plutôt que pour un Lipitor générique moins cher.

### Fixation des prix, frais d'exécution d'ordonnance et autres agissements bizarres

Les régimes publics publient habituellement le prix de chaque médicament, comme cela se fait pour les prix de détail. Au sein des régimes privés, toutefois, il existe de grandes différences de prix, et la raison en est souvent obscure.

Par exemple, la même dose d'un médicament spécialisé coûtait 6 664 \$ dans une pharmacie et 4 136 \$ dans une autre pharmacie de la même ville, une différence de prix de 2 528 \$ pour un seul médicament, pour une seule personne ! Une différence de plus de 50 % qui a dû être absorbée par le consommateur, l'employeur, ou la société d'assurance.

Lors de l'examen des réclamations soumises à un important employeur, le prix de certains médicaments d'origine vendus par certaines pharmacies étaient de 9,2 % à 37,2 % plus élevé que le prix affiché par le fabricant, tandis certains génériques coûtaient de 45 à 102,9 pour cent de plus.

\*\* La substitution générique exige que les pharmaciens remettent le générique qui équivaut au médicament d'origine prescrit si une version générique est disponible.

Autrement dit, certaines pharmacies demandaient au même régime d'assurance-médicaments 102,9 % de plus pour la même quantité du même médicament.<sup>15</sup>

En outre, un nombre inquiétant de pratiques et d'activités douteuses entourent l'achat et la délivrance de médicaments génériques, usages qui ont fait gonfler le prix des génériques et semé l'instabilité et la confusion dans le système. Cela est particulièrement évident dans le cas des ristournes offertes aux pharmaciens par les fabricants de médicaments génériques.

En 2009, le gouvernement de l'Ontario intentait des poursuites contre des pharmaciens, des fabricants de médicaments génériques et des grossistes, après qu'un audit juridique ait révélé des agissements selon lesquels les mêmes médicaments étaient vendus et revendus à plusieurs reprises afin d'augmenter les ristournes versées. Le gouvernement ontarien entreprit d'éliminer complètement ces ristournes au printemps 2010.

Tout comme l'affaire des ristournes a fait monter le prix des médicaments génériques, avec l'impact que l'on sait sur les régimes de santé, l'augmentation de la fréquence de délivrance a aussi eu une incidence sur ces prix. Les pharmaciens reçoivent des honoraires chaque fois qu'ils exécutent une ordonnance. Habituellement, les personnes souffrant d'une maladie chronique – tension artérielle ou cholestérol élevé, ulcères, etc – reçoivent des médicaments pour 90 jours. On pourrait dire qu'il y va de l'intérêt des pharmacies d'augmenter la fréquence de délivrance. C'est parfois aussi dans

l'intérêt des patients. Mais si cette mesure n'est pas nécessaire, elle fait augmenter les coûts. Et, selon un rapport du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, cette pratique ne fait que croître :

« Le nombre de médicaments pour maladies chroniques qui sont délivrés chaque semaine ou plus fréquemment a augmenté de façon spectaculaire au cours des quelques dernières années, bien que rien ne porte à croire que de telles augmentations... soient nécessaires... En 2007, le ministère a dépensé environ 170 millions de dollars en frais d'exécution d'ordonnance hebdomadaire et 7 millions pour des médicaments délivrés chaque jour. »<sup>16</sup>

### **Des employés indifférents qui se tirent une balle dans le pied**

Il faut l'admettre, les compagnies d'assurance n'inspirent pas toujours le respect. Et quand il s'agit de régimes d'assurance-médicaments, ce manque de respect touche aussi les employeurs. Il semble que nous ayons tous tendance à croire que tout nous est dû : tant que l'on ne nous présente pas la facture, nous faisons peu de cas des prix. C'est soit la compagnie d'assurance, soit l'employeur, soit une autre personne qui paie la note... tout le monde tient cela pour acquis. Combien de fois les médecins demandent-ils à leurs patients s'ils appartiennent à un régime privé d'assurance-médicaments avant de rédiger une ordonnance ? Un geste prévenant à prime abord, mais peu prévoyant, car en bout de ligne, ce n'est pas quelqu'un d'autre qui paie, mais bien chacun d'entre nous. Les employés doivent prendre conscience du fait que les employeurs ne laisseront pas les coûts de leurs régimes d'assurance-médicaments monter en flèche éternellement.



## SUIVRE L'EXEMPLE DU LEADERSHIP

Comme le mentionnait un article publié l'an dernier dans la revue *The Economist*, les provinces canadiennes ont fait preuve de leadership pour contenir leur dépenses en médicaments en instituant des réformes de grande envergure.<sup>17</sup> Ma propre expérience a été vécue en Ontario, où j'ai dirigé une évaluation du système d'assurance-médicaments provincial, pour participer ensuite à ses deux réformes.

Le gouvernement ontarien a par la suite mis en vigueur le projet de loi 102, le Régime de médicaments transparent pour les patients, 2006. Ce projet de loi constituait la première grande réforme du régime d'assurance-médicaments de l'Ontario depuis des décennies. Il diminuait les prix des médicaments génériques, tentait de contrôler les ristournes grâce à un système d'allocations professionnelles et créait un poste de cadre supérieur dont la tâche serait de gérer le système et de négocier des prix plus avantageux avec les fabricants de médicaments d'origine et de génériques.

---

## Les employeurs doivent se rendre compte qu'il est temps d'agir.

---

Mais comme il y avait toujours des abus au sein du système ontarien, le gouvernement a pris des mesures pour

éliminer ces allocations et baisser une fois de plus le prix des médicaments génériques. Les médias ont surnommé cette nouvelle vague de réformes « la guerre des pharmacies ».

Des réformes similaires ont été instituées en Colombie-Britannique, en Alberta, en Nouvelle-Écosse et au Québec. Le secteur public canadien est bel et bien engagé. Par contre, on pourrait soutenir que le secteur privé ne l'est pas. Les employeurs n'ont pas encore fait d'efforts concertés pour mieux gérer les coûts de leurs régimes d'assurance-médicaments, malgré le fait que la voie ait été tracée par le secteur public. **En Ontario, par exemple, les réformes gouvernementales ont été louées non seulement parce qu'elles favorisaient les contribuables, mais aussi à cause des avantages potentiels qu'elles représentaient pour les régimes privés.**

« [Les réformes constituent le] changement le plus important et le plus positif pour les coûts des régimes offerts par les employeurs et ce, depuis des décennies. »<sup>18</sup>

**Et pourtant, au grand dam du Conference Board of Canada, il ne se passe pas grand-chose.**

« Malgré la conjoncture économique actuelle, la plupart des organisations, soit 79 pour cent d'entre elles, n'ont pas modifié leur stratégie en ce qui a trait aux prestations. »<sup>19</sup>

Il ne fait aucun doute que ce statu quo est attribuable en partie aux pharmaciens et aux fabricants pharmaceutiques, lesquels s'opposent énergiquement à toute tentative de négociation d'ententes visant à réduire les coûts ou à financer seulement les médicaments privilégiés.

Ceci étant dit, les réformes du secteur public entreprises avec succès par les gouvernements provinciaux à travers le pays ont aussi affronté une résistance énorme, mais dans l'ensemble, elles ont réussi.

On doit toutefois reconnaître que certaines entreprises du secteur automobile ont pris une part active à la gestion de leurs régimes d'assurance-médicaments. En 1993, par exemple, les trois plus importants fabricants lançaient une liste de médicaments conditionnels.<sup>20</sup> Pourtant, comme nous l'avons mentionné précédemment, la plupart des changements effectués par les employeurs touchent les prestations des retraités. Selon des recherches effectuées par Mercer en 2008, plus de la moitié des organisations offrant des prestations aux retraités les avaient déjà réduites, tandis que 26 pour cent entendaient le faire au cours des prochaines années.<sup>21</sup>

---

**À vrai dire,**  
le secteur privé a en ce moment  
**l'occasion idéale**  
d'apporter des **changements.**

---

Les employeurs doivent se rendre compte qu'il est temps d'agir. Il est possible de contenir l'augmentation vertigineuse des dépenses en médicaments sans réduire les prestations ou geler les salaires et les employeurs devraient considérer ces solutions, tant pour le bien de leur entreprise que pour le bien de leurs employés.

## **RADICALES, MAIS PRATIQUES : DES FAÇONS FAISABLES DE TIRER MEILLEUR PARTI DES RÉGIMES PRIVÉS D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS**

**À vrai dire, le secteur privé a en ce moment l'occasion idéale d'apporter des changements ;** on oserait même dire qu'il s'agit pour eux d'une obligation fiduciaire. Les réformes du secteur public ont sensibilisé les gens aux problèmes des régimes d'assurance-médicaments et ont donné un élan irréfutable au changement.

Comment le secteur privé devrait-il maintenant procéder ? Bien que je n'aie aucunement l'intention d'être dogmatique, je propose ici un plan comportant huit mesures qui pourraient aider les employeurs à tirer meilleur parti du régime d'assurance-médicaments qu'ils offrent à leurs employés. Ces mesures ont toutes comme objectif de mettre fin à l'émission de chèques en blanc par un trop grand nombre de régimes privés.

### **1 Comprendre clairement les objectifs de son régime d'assurance-médicaments**

Les employeurs devraient à tout prix comprendre ce qu'ils essaient d'accomplir avec leur régime d'assurance-médicaments et devraient le réexaminer régulièrement et rigoureusement pour s'assurer qu'il atteint ses objectifs. Les objectifs suivants devraient être évidents :

- attirer et fidéliser les employés ;
- permettre l'accès à des médicaments spécialisés coûteux ;
- promouvoir la santé et le bien-être ;
- soutenir l'efficacité en milieu de travail en aidant les employés à obtenir les médicaments dont ils ont besoin pour rester en santé.

Dans un monde idéal, tous les régimes atteindraient tous ces objectifs, mais en fait, la plupart des régimes penchent lourdement d'un côté ou de l'autre. Certains d'entre eux ont été conçus dans le but précis d'attirer et de fidéliser des employés de talent dans des secteurs compétitifs.

Dans d'autres cas, les régimes offerts aux employés ont été institués il y a plusieurs décennies et ont tout simplement évolué au fil des ans.

Mais les entreprises qui réévaluent l'efficacité des diverses stratégies qu'elles utilisent devraient aussi réévaluer l'efficacité de leur régime d'assurance-médicaments. Le régime réalise-t-il toutes les économies possibles ? Serait-il avantageux de substituer des génériques aux médicaments d'origine ? Si les employeurs posent ces questions et si les réponses sont évidentes, ils commenceront à tirer meilleur parti de leurs régimes d'assurance-médicaments.

---

## Les employeurs devraient exiger que leurs listes de médicaments soient gérées de manière active.

---

### 2 Obtenir des données fiables pour prendre des décisions éclairées

La plupart des entreprises font des analyses détaillées avant de prendre des décisions. **Mais malheureusement, il semble que lorsqu'il s'agit d'instituer un régime d'assurance-médicaments, les**

### employeurs n'ont pas les informations essentielles qui leur permettraient de prendre des décisions éclairées.

Les régimes devraient faire l'objet d'un suivi minutieux par les employeurs, les assureurs ou des tierces parties. On ne peut remédier aux problèmes dont on ne peut mesurer l'ampleur... ou dont on n'a pas connaissance. Des données fiables permettent de prendre des décisions éclairées.

### 3 Mieux gérer les listes de médicaments

Finis, les chèques en blanc. Rien de plus simple. Comme nous l'avons mentionné plus haut, la plupart des régimes privés d'assurance-médicaments ouvrent la porte à tous les médicaments qui se présentent, y compris les médicaments qui coûtent plus cher mais qui offrent peu ou pas de bénéfices de plus que les médicaments pour lesquels on paie déjà. **Les employeurs devraient exiger que leurs listes de médicaments soient gérées de manière active**, c'est-à-dire que les médicaments soient évalués selon leur efficacité, soit le rapport entre leur coût et les résultats obtenus, et selon les avantages qu'ils présentent comparativement à d'autres médicaments existants.

Il faudrait en outre envisager l'usage d'incitatifs comme outil de gestion de la liste des médicaments. Selon cette formule, les médicaments appartiennent à des classes différentes : la plupart sont remboursables, mais les employés paient une quote-part selon le médicament utilisé. Si, par exemple, ils insistent pour obtenir un médicament plus cher qui n'offre aucun bénéfice supplémentaire, ils devront payer une quote-part plus élevée. Ces programmes incitatifs existent partout dans le monde et ont prouvé leur efficacité.

Et enfin, **les régimes d'assurance santé des employeurs devraient offrir des programmes cliniques exhaustifs pour aider leurs employés à mieux gérer leurs maladies chroniques**, surtout en ce qui a trait aux médicaments et à l'adhésion au traitement. On songe par exemple à des programmes de gestion du diabète ou de la douleur qui contribueraient à l'amélioration des résultats pour les employés et à la réduction du coût des ordonnances.

#### 4 Promouvoir l'usage de médicaments d'origine et de génériques

Dans certains cas, il se peut qu'un médicament d'origine soit le seul ou le meilleur choix possible. Il est évident que dans de telles situations, les régimes doivent payer pour ce médicament. Mais, répétons-le, **ces décisions devraient être prises après une évaluation coût-efficacité.**

Les employeurs devraient toutefois mandater l'utilisation des médicaments les moins chers, habituellement des génériques, et devraient s'assurer que ce mandat soit respecté à la lettre. Les chiffres sont éloquentes : les médicaments génériques dont on prévoit l'arrivée sur le marché en 2011 pourraient permettre aux régimes qui exigent que l'on paie pour (et qu'on utilise) le médicament le moins cher, qu'ils soient publics ou privés, de réaliser des économies de 1,275 milliards de dollars ; en 2012, on estime que ces économies se chiffrent à 1,2 milliards et en 2013, à 541,7 millions. Sur trois ans, les économies totales réalisées en substituant les médicaments génériques lancés entre 2011 et 2013 atteindraient les 6,774 milliards de dollars.<sup>22</sup> Aux États-Unis, elles seraient de l'ordre époustouflant de 70 milliards de dollars de 2011 à 2014.<sup>23</sup>

Un nombre peu élevé, mais croissant, de médicaments de marque restent sur les listes après l'expiration de leurs brevets, mais sont offerts à des prix qui font concurrence aux génériques. Cela suggère que les fabricants de ces médicaments envisagent le cycle de vie de leurs produits de façon innovatrice et sont prêts à négocier des réductions en échange d'une présence à long terme et prévisible sur les listes de médicaments.

#### 5 Établir un pouvoir d'achat

L'une des raisons ayant permis aux gouvernements provinciaux de réformer leurs régimes est que certains d'entre eux, notamment celui de l'Ontario, peuvent exercer des moyens de pression formidables en tant qu'acheteurs\*\*\* de médicaments d'ordonnance. Les entreprises individuelles ne peuvent en dire autant, mais peuvent tout de même avoir une certaine influence. Certains assureurs ont essayé de nouer des ententes avec les compagnies pharmaceutiques, mais ont dû faire face à résistance acharnée de la part des pharmacies. Il serait plus facile de vaincre cette résistance **si plusieurs régimes privés faisaient front commun pour négocier des prix auprès des entreprises pharmaceutiques.** Le Bureau de la concurrence Canada identifie prudemment le pouvoir de négociation et les incitatifs qu'il faut pour soutenir le développement de nouveaux modèles de prestation.<sup>24</sup> Ces modèles auraient en fait de bonnes chances de réussite. On peut le constater aux États-Unis, et je sais que certains assureurs canadiens envisagent de s'engager dans cette voie. Les employeurs devraient faire de même le plus tôt possible.

\*\*\* Les programmes publics de médicaments de l'Ontario n'achètent pas eux-mêmes les médicaments, mais remboursent un prix négocié ou réglementé pour ces médicaments.

## 6 Instituer un régime de paiement direct des médicaments

Les régimes d'assurance-médicaments fonctionnent selon deux modèles de base : le système de remboursement ou le système de paiement direct. Dans le cas du modèle remboursement, les employés paient leurs médicaments et présentent des reçus à l'assureur pour obtenir un remboursement. Dans l'autre cas, le pharmacien soumet automatiquement la réclamation à l'assureur et l'employé paie le montant qui n'est pas assuré.

---

### Il faut **changer la façon** de penser des gens, les mener de la mentalité du « **tout m'est dû** » à une prise en **main personnelle**

---

Certains employeurs présument que le système de remboursement leur coûte moins cher, car les employés oublient parfois de soumettre leurs reçus. Ces oublis représentent en moyenne quatre pour cent des dépenses totales du régime, ce qui n'est pas négligeable.<sup>25</sup> En fait, le modèle de paiement direct est plus avantageux. Lorsque les pharmaciens soumettent des réclamations directement aux compagnies d'assurance, selon le modèle de paiement direct, ils doivent demander un montant fixe. Toutefois, ils peuvent demander davantage d'un employé membre d'un régime qui le rembourse, et ils le font.

Par conséquent, les employeurs qui souscrivent au système de remboursement paient beaucoup plus cher pour les médicaments et renonceraient à toute possibilité future de profiter du pouvoir d'achat décrit plus haut.

## 7 Promouvoir le consommateurisme

Les employés, donc les consommateurs, devraient être sensibilisés au fait que certains médicaments coûtent beaucoup plus cher que d'autres et donnent pourtant les mêmes résultats cliniques. Si, par exemple, une station-service vend l'essence à 1,40 \$ le litre et qu'une autre vend sensiblement le même à 1,10 \$ et que tout le monde fait la queue pour obtenir l'essence à 1,10 \$... le choix est évident. Pourquoi ne ferait-on pas de même pour les médicaments ? Bien sûr, l'une des raisons est qu'étant donné que les médicaments sont payés par un assureur, les gens ne se soucient pas du coût. Voilà pourquoi **il est si important que les employés soient renseignés sur les coûts des médicaments et sur l'incidence que ces coûts ont sur leurs prestations.** Ce n'est probablement qu'une fois qu'ils auront compris qu'en bout de ligne, ce sont eux qui paient, qu'ils seront motivés à faire des choix plus judicieux.

En fin de compte, **il faut changer la façon de penser des gens, les mener de la mentalité du « tout m'est dû » à une prise en main personnelle** qui leur fera prendre plus de responsabilités et exigera des changements de comportement. Ils pourraient, par exemple, explorer des traitements sans médicaments avant de demander une ordonnance.



## 8 Réinvestir les économies dans le régime

Toute entreprise prospère sait qu'il est important de réinvestir les économies et il en va de même pour les régimes d'assurance-médicaments. **Les régimes mieux gérés rapporteront des sommes importantes aux employeurs.** Ces économies leur donneront la possibilité de créer un meilleur environnement de travail pour les employés actuels et futurs en réduisant leurs dépenses et **en investissant plutôt dans des programmes qui contribueront au mieux-être des employés.**

# Conclusion

Selon les économistes, les gens doivent avoir des raisons urgentes pour vouloir changer. Sans vouloir tenir des propos alarmistes, je recommanderais tout de même aux employeurs qui offrent des régimes d'assurance-médicaments d'être sur leurs gardes, car je peux affirmer avec certitude que si le statu quo persiste, le coût de ces régimes continuera de grimper en flèche. La dévolution des coûts des prestations supportés par les hôpitaux et les gouvernements vers les employeurs, en cours depuis des décennies, va continuer.

À l'heure actuelle, les employeurs ont une possibilité réelle d'améliorer les prestations offertes à leurs employés, d'imposer une obligation de rendre des comptes aux gestionnaires de leurs régimes et de réaliser des économies appréciables. Les sceptiques devraient calculer ce qu'une réduction de 10 % des coûts rapporterait à un régime de 500 000 \$, de 10 millions ou de 50 millions de dollars. À bien des égards, c'est le secteur public qui a assumé le gros du travail et qui a démontré ce qui pouvait être accompli. Si les employeurs emboîtent le pas, leurs régimes d'assurance-médicaments seront mieux gérés et plus viables. Il est temps pour eux de passer aux actes.

Finis, les chèques en blanc.

## À PROPOS DE L'AUTEUR

Helen Stevenson est PDG du Reformulary Group inc., une entreprise qui aide les promoteurs de régimes de prestations privés à gérer le coût des médicaments d'ordonnance et qui aide à promouvoir la santé des patients. Elle était auparavant cadre supérieure du Programme public de médicaments de l'Ontario par décret en conseil et sous-ministre déléguée du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Helen fut à la tête de deux réformes majeures du système de médicaments d'ordonnance, la première étant le projet de loi 102 de l'Ontario (2006) et plus récemment, la réforme du prix des médicaments génériques de cette province (2010). Elle a en outre dirigé plusieurs des initiatives ontariennes en matière de médicaments, y compris le Drugs for Rare Diseases Framework, la Stratégie ontarienne en matière de stupéfiants, le Conseil des citoyens de l'Ontario, le programme d'examen des médicaments de MedsCheck, le Compassionate Access Program, le Competitive Agreements Framework et le Drug Innovation Fund.

Helen est membre du conseil d'administration de l'Auto Sector Retiree Health Care Trust, de celui de l'Hôpital Général de North York et de celui d'une entreprise privée. Elle détient un baccalauréat en commerce de l'Université McGill et une maîtrise en sciences de l'administration de Boston University à Bruxelles. Elle est candidate à l'accréditation IAS.A.

**[helen@reformulary.com](mailto:helen@reformulary.com)**  
**[www.reformulary.com](http://www.reformulary.com)**



# Références

- <sup>1</sup> Bell C, Griller D, Lawson J, Lovren D. (2010) *Prix et accès des médicaments génériques au Canada : Quelles sont les répercussions ?* Toronto : Conseil canadien de la santé. p. 11.

---

- <sup>2</sup> Selon le rapport de l'Institut canadien de l'information sur la santé, *Dépenses en médicaments au Canada de 1985 à 2009*, page 39, le taux de croissance annuel moyen des dépenses en médicaments entre 1985 et 2009 était de 9 %. Les dépenses prévues pour 2010 étaient de 9,4 milliards de dollars, multipliées par le taux de croissance annuel moyen de 9 % soit 10,2 milliards. Les 200 millions de dépenses hebdomadaires ont été calculés en divisant ces 10,2 milliards par 52 semaines. (Ottawa : ICIS, 2009)

---

- <sup>3</sup> Thorpe K. (2010) *Benefits Benchmarking 2009: Balancing Competitiveness and Cost* (Ottawa : The Conference Board of Canada). Page ii.

---

- <sup>4</sup> André Picard "SECOND OPINION: How much does it really cost to bring a new drug to market?" *The Globe and Mail*, 24 février 2011, page L1.

---

- <sup>5</sup> Institut canadien de l'information sur la santé, *Dépenses en médicaments au Canada de 1985 à 2009*. Page 3.

---

- <sup>6</sup> Trading Economics, « Canada GDP Growth Rate », (New York : Trading Economics, undated) repris sur le Web le 10 mars 2011 : <http://www.tradingeconomics.com/Economics/GDP-Growth.aspx?Symbol=CAD>

---

- <sup>7</sup> Institut canadien de l'information sur la santé, *Dépenses en médicaments au Canada de 1985 à 2009*. Page 5.

---

- <sup>8</sup> Thorpe K. (2010) *Benefits Benchmarking 2009 : Balancing Competitiveness and Cost*, Page 27.

---

- <sup>9</sup> Bell C, et al, *Prix et accès des médicaments génériques au Canada : Quelles sont les répercussions ?* Page 26.

---

- <sup>10</sup> R&D, « Perspectives – Accès aux médicaments » (Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada), Juin 2010, obtenu sur [https://www.canadapharma.org/en/research/documents/WhereWeStand\\_AccesstoMedicines\\_000.pdf](https://www.canadapharma.org/en/research/documents/WhereWeStand_AccesstoMedicines_000.pdf)

---

- <sup>11</sup> International Society of Drug Bulletins, « Increasing Drug Costs: Are we getting good value ? » (Therapeutics Letter, issue 59, April-July 2006), obtenu sur <http://www.ti.ubc.ca/pages/letter59.htm>

---

- <sup>12</sup> Gagnon, Marc-André. (2010) *Argumentaire économique pour un régime universel d'assurance-médicaments*. (Ottawa :Centre canadien de politiques alternatives, 2010). Page 6.

- 
- <sup>13</sup> Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, *ASPE Issue Brief, Expanding the Use of Generic Drugs* (Washington: U.S. Department of Health and Human Services, 1er décembre 2010), P. 2
- 
- <sup>14</sup> Données disponibles. L'Association canadienne du médicament générique.
- 
- <sup>15</sup> Cubic Health, mars 2011; permission de publier accordée par l'employeur et ses agents de traitement des réclamations.
- 
- <sup>16</sup> Programmes publics de médicaments de l'Ontario, « Questions and Answers, *Ontario Public Drug Programs, Amendments to Ontario Drug Benefit Act* regulation regarding the Payment of Dispensing Fees, Effective Date: August 1, 2008 » obtenu sur : [http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/drugs/opdp\\_eo/notices/dispensing\\_fees\\_faq.pdf](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/drugs/opdp_eo/notices/dispensing_fees_faq.pdf)
- 
- <sup>17</sup> « Follow the leader, The provinces crack down on prescription-drug spending. » *The Economist*, 8 juillet 2010
- 
- <sup>18</sup> *Ontario Fills a Big Prescription for Generic Drug Savings for Employers*. Hewitt. Juin 2010, p. 6
- 
- <sup>19</sup> Thorpe K. (2010) *Benefits Benchmarking 2009 Balancing Competitiveness and Cost* The Conference Board of Canada, p. 28.
- 
- <sup>20</sup> En 1993, les trois grands fabricants automobiles négociaient une liste de médicaments conditionnels avec Green Shield Canada. Ce régime comprend des médicaments évalués selon les besoins, la sécurité, l'efficacité et le coût. CAW Submission on Bill 102 : Loi de 2006 sur un régime de médicaments transparent pour les patients. Standing Committee on Social Policy, 29 mai 2006.
- 
- <sup>21</sup> E. Whelan and E. Brown, « Rethinking Retiree Benefits, » *BenefitsCanada.com* [Novembre 2009], p. 51
- 
- <sup>22</sup> Données disponibles, basées sur des prix génériques de 30 % à 35 % pour la plupart des nouveaux produits. L'Association canadienne du médicament générique.
- 
- <sup>23</sup> Lewis Krauskopf and Bill Berkrot, « Generics to cut U.S. drugs bill by \$70 billion, » Reuters [New York] <http://www.reuters.com/article/2010/11/08/us-summit-generics-idUSTRE6A73XJ20101108>
- 
- <sup>24</sup> Bureau de la concurrence Canada, *Pour une concurrence avantageuse des médicaments génériques au Canada : Préparons l'avenir*. (Ottawa : Industrie Canada, 2008), p. 28.
- 
- <sup>25</sup> Données de Cubic Health, février 2011.