

Dans ce numéro

- 1 Développements au sujet d'une cotisation supplémentaire facultative au régime de pensions du Canada (RPC)
- 2 Les ministres provinciaux de la Santé discutent de la nécessité d'un programme national d'assurance médicaments
- 2 Sommes-nous prêts pour l'hépatite C?
- 4 La sous-utilisation du Programme de médicaments Trillium de l'Ontario
- 4 La RAMQ ajuste la couverture des médicaments
- 6 Que fait Manion pour maintenir abordables les coûts des médicaments?
- 7 Manion s'attaque à la fraude – banque de données des fournisseurs réglementés de services paramédicaux
- 7 Mise à jour sur les lois en matière de retraite – la Nouvelle-Écosse et le Québec

Développements au sujet d'une cotisation supplémentaire facultative au régime de pensions du Canada (RPC)

Le 13 juillet 2015, le gouvernement du Canada a publié un document de consultation où il cherche à obtenir des réponses à huit questions. **Tous les Canadiens sont invités à lui faire part de leurs commentaires** sur ce document d'ici le 10 septembre 2015.

Ces questions sont les suivantes :

1. Croyez-vous qu'un supplément volontaire du RPC devrait être une option d'épargne-retraite pour les Canadiens? Est-ce une option d'épargne-retraite que vous utiliseriez pour augmenter votre épargne-retraite?
2. De quelle façon pourrait-on concevoir un supplément volontaire du RPC pour faciliter la participation des particuliers qui peuvent être à risque de ne pas épargner suffisamment en prévision de leur retraite?
3. Quel degré de souplesse devrait-il y avoir pour les particuliers qui choisissent de participer? Ainsi, que pensez-vous de la possibilité d'immobiliser des fonds en vue de la retraite et de faire varier le taux de cotisation?
4. Comment pourrait-on concevoir un supplément volontaire du RPC pour offrir un flux de revenu de retraite sûr?
5. Quelles options de revenu de retraite qui devraient-elles être offertes au moment de la retraite dans le cas de l'épargne accumulée dans un supplément volontaire du RPC?
6. Devrait-on permettre les transferts entre un supplément volontaire du RPC et d'autres mécanismes d'épargne-retraite? Dans l'affirmative, devrait-il y avoir des limites?
7. Même si les employeurs ne sont pas tenus d'effectuer des cotisations, quel serait leur rôle adéquat?
8. Qui devrait être responsable du placement des cotisations versées dans un supplément volontaire du RPC?

Les commentaires peuvent être envoyés à l'adresse de courriel CPP-consultations-rpc@fin.gc.ca d'ici le 10 septembre 2015.

Les ministres provinciaux de la Santé débattent de la nécessité d'un programme national d'assurance médicaments

Un article publié dans l'édition du 9 juin 2015 du *Hamilton Spectator* (Ontario, Canada) débat la possibilité pour le Canada d'avoir ou non un programme national d'assurance médicaments pour aider les Canadiens à payer leurs médicaments d'ordonnance. En réunion au début de juin, les ministres de la Santé de plusieurs provinces et territoires se sont juré d'en faire une question clé lors de l'élection fédérale de l'automne.

À la suite de cette réunion, le gouvernement fédéral a émis un communiqué où il affirme vouloir travailler avec les provinces et les territoires à l'achat en vrac de médicaments avant « de dépenser plus d'argent » sur un régime d'assurance médicaments. « Nous pourrions ainsi épargner des millions de dollars et probablement améliorer l'accès » a affirmé le porte-parole Michael Bolkenius de la ministre de la Santé Rona Ambrose.

Le Canada est le seul pays industrialisé disposant d'un régime universel d'assurance maladie qui n'offre pas de couverture universelle des médicaments d'ordonnance. Les statistiques indiquent qu'un Canadien sur 10 n'arrive pas à payer ses médicaments.

« Je crois que nous disposons d'une excellente occasion, du fait que c'est une année d'élection au fédéral, de veiller à ce que cette question demeure au programme », a affirmé le ministre de la Santé de l'Ontario Eric Hoskins.

Sommes-nous prêts pour l'hépatite C?

L'hépatite C (VHC) est une maladie infectieuse qui endommage le foie et peut être fatale en phase avancée sous forme de cancer ou de cirrhose du foie. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que cette maladie affecte quelque 300 000 Canadiens et environ 150 millions de personnes dans le monde.

À l'heure actuelle, sept genres de virus (génotypes) ont été découverts. Le génotype 1 est le plus répandu et il touche environ 67 % des Canadiens infectés par le VHC. Le deuxième génotype le plus courant est le génotype 3, qui affecte environ 22 % des patients canadiens. Le génotype 2 est celui qui est le plus facile à traiter, mais il n'affecte que 6 % des patients canadiens. Le reste des génotypes (4 à 7) sont essentiellement confinés à l'Afrique et à l'Asie du Sud-Est.

Le traitement de l'hépatite C a débuté en 1992 après la découverte de l'*interféron* (trois ans après l'annonce de la découverte de l'hépatite C en 1989). À l'origine, ce traitement a connu un taux de guérison d'environ 9 % chez les personnes atteintes par le génotype 1 et de 30 % chez celles souffrant des génotypes 2 et 3. De nouveaux traitements ont été mis au point tout au long des années 1990 grâce à l'*interféron alpha*, puis l'*interféron alpha* combiné à la *ribavirine*, qui ont porté les taux de guérison à 30 % pour le génotype 1 et à 60 % pour les génotypes 2 et 3. On a homologué en 2001 une forme modifiée d'*interféron* qui demeure plus longtemps dans la circulation sanguine. Lorsque ce nouveau médicament appelé *Pegasys*, était combiné à la *ribavirine*, les taux de guérison ont augmenté à 50 % pour le génotype 1 et à 82 % pour les génotypes 2 et 3. Cependant, ce nouveau « cocktail » s'accompagnait d'effets indésirables tels l'anémie et la dépression graves.

Tout au long des années 2000, de nouvelles catégories de médicaments ont été approuvées pour se combiner au traitement en « cocktail ». Ces catégories s'accompagnaient toutefois d'effets indésirables de plus en plus graves qui ont empêché de nombreux patients de terminer leur traitement. En 2012 a vu le jour une nouvelle catégorie de médicaments appelée antiviraux à action directe (AAD) qui permettait un taux de guérison allant de 90 à 100 % pour le génotype 1. Ces AAD ont également réduit de moitié la durée du traitement, qui est passé de 24 à 48 semaines à 12 à 24 semaines, tout en présentant des effets indésirables beaucoup moins graves. Les AAD homologués pour utilisation avec le *peg-interféron* et le *Ribaviron* sont *Galexos* et *Sovaldi*, qui permettent un taux de guérison de 80 à 90 % pour le génotype 1 et de 96 % pour le génotype 4. Finalement, en 2014 le *Harvoni* a été approuvé pour traiter le génotype 1 sans *peg-interféron* ni *Ribaviron*. Ce médicament a enregistré un taux de guérison de 90 à 100 %.

Vous trouverez ci-dessous un tableau des traitements les plus courants d'une infection chronique d'hépatite C et leur coût au Canada.

Marque	Nom des médicaments	Génotypes traités	Coût approximatif du traitement
Pegasys/Copegus	Peg-interféron alpha 2a + ribavirine	Tous les génotypes	20 000 \$
PegIntron/Rebetrol	Peg-interféron alpha 2a + ribavirine	Tous les génotypes	30 000 \$
Incivek	Télaprevir avec peg-interféron + ribavirine	Génotype 1	Jusqu'à 77 000 \$
Victrelis	Bocéprevir avec peg-interféron + ribavirine	Génotype 1	Jusqu'à 70 000 \$
Galexos	Simeprevir avec peg-interféron + ribavirine	Génotype 1	Jusqu'à 85 000 \$
Sovaldi	Sofosbuvir avec peg-interféron + ribavirine	Génotypes 1 et 4	Jusqu'à 135 000 \$
Harvoni	Sofosbuvir avec ledipasvir	Génotype 1	Jusqu'à 154 000 \$

Comme on le voit, chaque nouvelle avancée dans le traitement de l'hépatite C s'accompagne d'une hausse du coût du traitement. Le *Harvoni* a commencé à dominer le marché des traitements. Tel que nous l'avons vu, ce médicament possède pour l'hépatite C un taux de guérison plus élevé, avec moins d'effets indésirables et une durée de traitement réduite de moitié par rapport aux traitements de rechange. Si 67 % des 300 000 Canadiens qui souffrent d'hépatite C sont infectés par le génotype 1, que seul guérit à coup sûr le *Harvoni*, les payeurs de médicaments se retrouveront devant une facture astronomique. S'il semblait d'abord peu probable que tous les patients infectés par le génotype 1 allaient prendre du *Harvoni*, les tendances les plus récentes suggèrent le contraire.

Depuis 2014, la majorité des médecins tendent à prescrire du *Harvoni* au lieu des traitements de rechange. Le *Harvoni* arrive déjà en tête de liste des médicaments les plus onéreux pour les compagnies d'assurance partout au pays et représentait déjà la troisième plus forte dépense en médicaments de la Great-West, compagnie d'assurance-vie seulement cinq mois après son lancement sur le marché canadien (2,5 % du total des dépenses en médicaments).

La Fondation canadienne du foie recommande à toutes les personnes nées entre 1945 et 1975 de subir un dépistage de l'hépatite C au cours de la prochaine année. Le secteur se prépare à affronter ce qu'il estime être une forte augmentation prévue des patients atteints d'hépatite C qui chercheront un traitement, ce qui impose un lourd fardeau aux régimes d'avantages sociaux.

La sous-utilisation du Programme de médicaments Trillium de l'Ontario

Au fil des ans, des millions de dollars en règlement pour l'achat de médicaments onéreux ont été payés par les régimes d'avantages sociaux collectifs alors qu'ils auraient dû l'être par le Programme de médicaments Trillium de l'Ontario.

Il semble que ce problème soit attribuable au fait que les compagnies d'assurance ne transmettent pas au programme Trillium les demandes de règlement de coût élevé admissibles et qu'elles continuent plutôt de se séparer les excédents de pertes découlant de ces demandes alors qu'il devrait revenir à la province de les assumer. Ce qui aggrave ce problème, c'est que trop peu d'employeurs connaissent le programme Trillium et qu'ils ne renseignent pas leurs employés à ce sujet.

Avec l'avènement des médicaments biologiques (tels *Enbrel* ou *Remicade* et les nouveaux traitements de l'hépatite C, dont *Sovaldi* et *Harvoni*), la hausse du coût des règlements découlant de ces nouveaux médicaments a porté les promoteurs de certains régimes à envisager une diminution des avantages et les assureurs à hausser le seuil des excédents de pertes.

Les promoteurs de régimes souhaitent évidemment éviter les augmentations élevées au renouvellement mais, avant de réduire les avantages du régime, ils devraient se rendre compte que dans certains cas, notamment le traitement de l'hépatite C, il s'agit de demandes de règlement non récurrentes.

Le Programme de médicaments Trillium devrait être le premier payeur du coût des médicaments admissibles de l'employé une fois que le participant a atteint la franchise de ses frais remboursables (la franchise du programme Trillium est calculée à 4 % du revenu familial net de l'année d'imposition précédente). En réalité, les compagnies d'assurance ont été le premier payeur et n'ont pas eu recours au programme Trillium. Bien que la responsabilité de traiter les demandes de règlement adéquatement incombe aux compagnies d'assurance, les

promoteurs de régime doivent également comprendre le fonctionnement du programme Trillium et le communiquer à leurs employés.

Afin de rectifier cette situation, il serait possible d'instaurer une coassurance de 10 à 20 % pour les régimes d'assurance médicaments. Cela permettrait de transférer une partie du coût au système public, car cela satisferait à la franchise du programme Trillium que l'employé doit payer.

La communication avec le personnel demeure toutefois la clef. C'est l'employé qui doit s'inscrire au programme Trillium. L'employeur ne peut pas le faire en son nom. Les employeurs doivent adopter une approche dynamique envers la formation de leur personnel sans cibler qui que ce soit en particulier. Une utilisation adéquate du programme Trillium permettrait de réduire sensiblement le nombre de ces imposantes demandes de règlement qui sont actuellement traitées par les régimes dont l'employeur est le promoteur, ce qui permettrait de doter l'avenir de régimes viables d'assurance médicaments et d'avantages sociaux.

Vous trouverez des renseignements sur le programme de médicaments Trillium de l'Ontario à <http://www.drugcoverage.ca/fr-ca/Provincial-Coverage/ontario/drug-benefit-progra>

La RAMQ ajuste la couverture des médicaments

La Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) a révisé et ajusté le régime général d'assurance médicaments et en a rajusté les prix à compter du 1er juillet 2015.

Au Québec, les résidents doivent détenir une couverture d'assurance médicaments fournie par la RAMQ ou par un régime d'assurance privé. Tous les régimes privés doivent offrir une couverture équivalente ou supérieure à celle de la RAMQ.

- Depuis le 1er juillet 2015, la couverture de la RAMQ est comme suit : la couverture minimale des médicaments figurant sur la Liste des médicaments de la RAMQ qu'un promoteur de régime doit offrir est désormais de 66 pour cent, en baisse par rapport à 67,5 pour cent auparavant.
- Le maximum annuel décaissé pour les médicaments figurant sur la Liste des médicaments de la RAMQ est désormais de 1 029 \$, en hausse par rapport à 1 006 \$ auparavant.
- La franchise mensuelle a augmenté, pour atteindre 18 \$, par rapport à 16,65 \$ auparavant.
- La cotisation mensuelle maximale a augmenté à 85,75 \$ contre 83,83 \$ auparavant.
- La prime annuelle que les résidents du Québec doivent payer pour la couverture de la RAMQ a augmenté, passant à 640 \$, contre 611 \$ auparavant.

Impact sur les régimes collectifs d'assurance médicaments

Les promoteurs de régime offrant une couverture équivalente ou supérieure à celle de la RAMQ constateront un impact minime sur les demandes de règlement soumises à leur régime.

Autres mises à jour

De plus, le 20 avril 2015, le Québec a ratifié le projet de loi 28 qui instaure 300 articles mettant essentiellement en œuvre certaines dispositions de l'exposé budgétaire du 4 juin 2014. En ce qui concerne le régime d'assurance médicaments et la Loi sur l'assurance maladie :

- À compter du 1er octobre 2015, les régimes privés qui ont une clause de substitution générique pourront effectuer un remboursement selon le prix du médicament générique équivalent et la différence de coût entre l'équivalent générique et le médicament de marque ne sera pas utilisée lors du calcul de la cotisation maximale. Cela signifie qu'il y aura des épargnes

pour les régimes privés ayant une clause de substitution générique.

- Les pharmaciens du Québec sont désormais autorisés à dispenser des « services reconnus », notamment :
 - renouveler l'ordonnance d'un médecin;
 - prescrire un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis;
 - ajuster la forme, la posologie ou la quantité d'un médicament d'ordonnance;
 - ajuster la posologie d'un médicament d'ordonnance afin d'atteindre les objectifs thérapeutiques ou d'assurer la sécurité du patient;
 - prescrire des analyses de laboratoires locales; remplacer un médicament par un autre du même groupe thérapeutique si le médicament prescrit n'est pas disponible au Québec;
 - prescrire des médicaments pour un état bénin et administrer un médicament afin d'en démontrer l'utilisation appropriée.
- Les pharmaciens seront rémunérés pour certains des « services reconnus ». Cependant, les services pour lesquels ils seront rémunérés n'ont pas encore été identifiés et les paramètres de paiement n'ont pas encore été établis. Il est à noter que :
 - la Loi sur l'assurance médicaments prévoit le remboursement par la RAMQ des « services reconnus » lorsqu'ils sont liés aux médicaments figurant sur la Liste des médicaments de la RAMQ;
 - les régimes privés peuvent refuser de rembourser les services rémunérés liés aux médicaments qui ne figurent pas sur la Liste des médicaments de la RAMQ;
 - les services non rémunérés dispensés par les pharmaciens ne peuvent être facturés aux patients.

- La loi autorise désormais les ententes confidentielles d'inscription avec les fabricants de médicaments.
- Cela signifie que ces fabricants peuvent effectuer des paiements au gouvernement par le biais de remises ou d'escomptes. Les économies négociées par le gouvernement du Québec avec les fabricants ne s'appliqueront pas aux régimes privés.

Impact sur les régimes collectifs d'assurance médicaments

À la suite de la réduction des honoraires versés aux pharmaciens en vertu du régime public, ainsi que de l'interdiction de facturer aux patients les services relevant des régimes public ou privés, on s'attend à ce que la rémunération des pharmaciens diminue, ce qui pourrait entraîner une augmentation des honoraires qu'ils factureront aux personnes assurées en vertu des régimes privés, ainsi qu'à l'instauration de « frais accessoires ».

Que fait Manion pour maintenir abordable le coûts des médicaments?

Les dépenses en médicaments continueront d'augmenter avec l'avènement de coûteux nouveaux médicaments spécialisés qui exerceront une pression constante sur les promoteurs de régime désireux de maintenir sous leur forme actuelle leur régime d'avantages sociaux et leur programme d'assurance médicaments. En collaboration avec Express Scripts Canada, Manion s'efforce de trouver des solutions santé de moindre coût tout en continuant d'offrir de la valeur à toute sa clientèle et une expérience agréable aux participants des régimes.

Nous sommes fiers d'annoncer que, grâce à notre étroite collaboration avec Express Scripts Canada et le groupe Pharmacie, nous sommes en mesure d'offrir un escompte sur le coût du médicament *Remicade* pour vos participants de l'extérieur de la province de Québec.

Nous sommes emballés d'annoncer que nous utilisons un moyen convivial exclusif faire bénéficier les participants et les régimes d cet escompte. Les participants à votre régime ne subiront aucun impact. Cette approche permettra de faire bénéficier sans heurt de cet escompte votre groupe ainsi que les patients actuels ou les nouveaux patients habilités à prendre du *Remicade*.

Le *Remicade* est un médicament spécialisé approuvé pour le traitement d'inflammations multiples, notamment :

- gastro-intestinales (colite ulcéreuse, maladie de Crohn)
- dermatologiques (psoriasis en plaque)
- rhumatologiques (polyarthrite rhumatoïde, polyarthrite psoriasique, spondylarthrite ankylosante).

Ce programme sera disponible en juin et nous assurerons dans des articles à venir le suivi des économies réalisées en raison de cet escompte.

Pour résumer, les données démographiques sur les employés influencent chaque aspect de leurs programmes d'avantages sociaux. Pourtant, à part les statistiques générales telles l'âge moyen, la répartition hommes/femmes et le nombre d'employés célibataires par rapport à ceux ayant des personnes à leur charge, la plupart des promoteurs de régime n'ont pas un tableau complet de l'ensemble de leurs employés ni de la manière dont les modifications de ce profil affecteront leur régime d'avantages sociaux à l'avenir.

Manion s'attaque à la fraude – banque de données des fournisseurs réglementés de services paramédicaux

Depuis le 1^{er} juin 2015, Manion a amélioré sa manière de choisir ses fournisseurs de services paramédicaux autorisés et agréés partout au Canada. Manion utilise désormais sous licence un répertoire contenant toutes les données émanant des divers ordres et associations professionnels sur les licences et les agréments afin de s'assurer que règlements de ce genre ne soient versés qu'à des praticiens agréés. Cette nouvelle caractéristique permettra d'offrir à nos clients un contrôle amélioré de la fraude, de réduire les risques et d'améliorer la gestion des demandes de règlement. Le répertoire comprend les fournisseurs suivants :

- acupuncteur
- audiologiste
- podiatre
- chiropraticien
- massothérapeute
- naturopathe
- ostéopathe
- physiothérapeute
- psychologue
- psychothérapeute
- orthophoniste

Fonctionnement

- Chaque semaine, nous téléchargerons un fichier reçu de notre source agréée qui est affiliée à divers ordres et associations.
- Nous importerons ce dossier renfermant des renseignements essentiels sur le nom des fournisseurs, leur bureau, leurs désignations et la situation de leur agrément.

- Depuis le 1^{er} juin 2015, lorsque nous recevons une demande de règlement relative à un fournisseur de services qui n'est pas dans notre banque de données, nous mettrons cette demande en attente et ferons enquête. Si le fournisseur de services est agréé, la demande de règlement sera approuvée.
- Lorsque nous recevons une demande de règlement relative à un fournisseur de services qui n'est pas agréé ni actif auprès d'un ordre professionnel, nous refusons la demande en fournissant une explication sur le relevé des prestations du participant.
- Nous accordons un délai de grâce pour une demande de règlement. Si un participant soumet une demande de règlement relative à un fournisseur pour lequel nous avons déjà payé un règlement auparavant, nous accepterons la demande et aviserons pour les futures demandes de règlement.

Cette nouvelle banque de données permet d'améliorer la lutte contre la fraude dans notre système de règlement, ce qui nous démarque au sein de notre secteur. Nous croyons que nos clients accueilleront favorablement cette initiative. Toutefois, si vous avez des préoccupations à cet égard, veuillez nous en aviser.

Mise à jour sur les lois en matière de retraite

Nouvelle-Écosse

La nouvelle loi *Pension Benefits Act* et la réglementation qui l'accompagne sont entrées en vigueur le 1^{er} juin 2015. Une modification de l'énoncé du régime doit être déposée avant le 31 mai 2018. Les nouvelles exigences prévues par la loi sont résumées ci-dessous :

Les prestations de retraite sont immédiatement acquises lorsque le participant au régime de retraite cesse son emploi ou son adhésion au régime de retraite (pour les prestations de retraite gagnées avant le 1^{er} janvier 1988, la disposition qui était en vigueur lors de la cessation s'applique).

- Les prestations sont désimmobilisées si la rente de retraite annuelle ne dépasse pas 4 % du maximum des gains annuels ouvrant droit à pension (MGAP) ou si la valeur de rachat de la rente est inférieure à 20 % du MGAP.
- Comprend la capacité d'obtenir les sommes immobilisées d'un régime de retraite en raison d'une espérance de vie réduite si elle est de moins de deux ans.
- Les régimes de retraite à promoteurs conjoints et les régimes de retraite à prestation cible sont adoptés.
- La loi prévoit des exigences particulières pour la conservation des dossiers par les promoteurs de régime et leurs fournisseurs de services.
- Les exigences de déclaration annuelle sont accrues.
- Déclaration des cotisations en souffrance au surintendant dans les 60 jours suivant la date d'échéance.
- L'administrateur doit fournir au fiduciaire du régime de retraite un sommaire des cotisations de retraite au plus tard 60 jours après la fin de chaque exercice.
- La loi comporte des définitions nouvelles ou modifiées.

Québec

La *Loi sur les régimes complémentaires de retraite* (LRCR) a été modifiée par le projet de loi 34 entré en vigueur le 18 février 2015 et sanctionné le 2 avril 2015. Le projet de loi 34 réforme les règles des régimes de retraite interentreprises à l'égard du financement et de la restructuration. Les nouvelles exigences prévues par la loi sont résumées ci-dessous :

- Les employeurs participant à un régime à cotisations négociées (RCN) cotisent seulement « les cotisations de l'employeur stipulées dans le régime et ne peuvent se prévaloir d'une suspension des cotisations ni présenter une lettre de crédit pour traiter les déficits de solvabilité. Il ne sera pas nécessaire de financer les déficits de solvabilité des RNC; la règle des 50 % et

l'indexation des rentes différées avant l'âge de la retraite anticipée ne s'appliqueront pas; les rapports d'évaluation actuarielle devront être déposés dans les six mois suivant la date de l'évaluation actuarielle (neuf mois auparavant); les déficits de capitalisation seront amortis sur 12 années au lieu de 15 années auparavant et la valeur des prestations accumulées aux participants qui cessent leur adhésion au régime ne sera payée que proportionnellement au ratio de solvabilité.

- Lorsque l'évaluation actuarielle d'un RCN identifie des cotisations insuffisantes, le régime doit être restreint conformément à un plan de redressement qui doit être déposé auprès de la Régie des rentes.
- Lorsqu'un employeur participant se retire d'un RCN, les prestations devront désormais être transférées ou transformées en rente comme si le régime avait pris fin. Dans certains cas, des règles supplémentaires s'appliquent si un employeur participant se retire d'un RCN dans les cinq années suivant la date de la sanction.
- Un ancien participant dont l'employeur s'est déjà retiré d'un régime de retraite interentreprises (RRI) doit transférer la valeur de rachat de son régime proportionnellement au ratio de solvabilité devant être transféré du régime au plus tard un an suivant la date de la sanction du projet de loi 34. Il faut cependant donner au participant un préavis de trois mois, et il peut demander que ses prestations demeurent dans le régime, mais elles pourraient être réduites par la suite.