

## » Démystifier le Programme de médicaments Trillium (PMT)

*Avant de commencer, Perspective sur les prescriptions souhaite préciser que cet article s'adresse spécifiquement aux participants de l'Ontario. Nous nous en excusons. Nous avons été informés que des renseignements erronés circulaient à la suite de l'annonce concernant le changement qui sera apporté au Programme de médicaments Trillium (PMT) et nous voulons tenter de dissiper toute confusion. Les participants des autres provinces peuvent poursuivre leur lecture afin de comparer le programme de l'Ontario à leur programme provincial ou peuvent passer à la page X pour prendre connaissance de l'entretien avec Andrea Staruch, pharmacienne de GSC.*

### Qu'est-ce que le PMT?

Le PMT est l'un des programmes offerts dans le cadre du Programme de médicaments de l'Ontario du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Il vise à fournir une aide financière aux ménages dont les dépenses en médicaments sont très élevées par rapport à leur revenu. Le programme couvre les médicaments qui figurent sur le formulaire des médicaments de l'Ontario et permet aux participants de présenter une demande au titre du Programme d'accès exceptionnel pour les médicaments qui ne sont pas couverts par le PMO.

Le PMT ne vise pas à remplacer les régimes d'assurance-médicaments privés; il est conçu pour aider les Ontariens à payer les frais de médicaments lorsque toutes les autres couvertures ont été épuisées. Avec l'arrivée sur le marché d'un nombre croissant de médicaments de spécialité à coût élevé dont plusieurs sont utilisés pour traiter des affections chroniques courantes, le PMT devient de plus en plus important pour de nombreux Ontariens.

Tous les Ontariens de moins de 65 ans qui sont détenteurs d'une carte Santé de l'Ontario valide sont admissibles au PMT, mais le programme s'adresse principalement aux personnes qui ne sont pas couvertes au titre d'une autre catégorie du PMO et qui ne sont pas couvertes par un régime privé ou dont le régime ne prend pas en charge la totalité du coût des médicaments. Les Ontariens admissibles ne sont pas automatiquement couverts par le PMT. Ils doivent s'inscrire au programme et satisfaire une franchise annuelle avant d'avoir droit aux prestations.

### La franchise du PMT

La franchise annuelle du PMT est calculée en fonction du *revenu net du ménage* et du nombre de personnes; elle correspond à environ quatre pour cent du revenu net du ménage. Pour réduire cette charge financière au minimum, la franchise est répartie sur les quatre trimestres de l'année de régime qui s'étend du 1<sup>er</sup> août au 31 juillet.

La franchise est satisfaite lorsque les frais engagés par le ménage pour des médicaments sur ordonnance admissibles au titre du PMO correspondent au montant de la franchise trimestrielle. Une fois la franchise satisfaite, les participants ne paient que 2 \$ par médicament sur ordonnance admissible jusqu'à la fin du trimestre.

## Comment interagit le PMT avec les régimes privés?

Dans le cas des participants qui sont couverts par un régime privé (y compris les membres du régime de GSC), le PMT est le *payeur de dernier recours* tant que la franchise n'est pas satisfaite; seuls les frais déboursés par les participants pour les médicaments admissibles sont pris en compte pour satisfaire la franchise. Idéalement, voici ce qui se produit :

- Si le régime privé est à paiement direct, les participants font parvenir les reçus originaux au PMT. Ou alors, si les participants acquittent le coût intégral des médicaments à la pharmacie, ils présentent d'abord une demande de règlement au titre de leur régime privé et font ensuite parvenir les reçus et leur relevé de demande de règlement au PMT;
- Le régime privé rembourse les frais couverts engagés par les participants;
- Le PMT tient compte des sommes payées par les participants (c.-à-d. les quotes-parts) pour les médicaments sur ordonnance admissibles au titre du PMO pour satisfaire la franchise du ménage;
- Une fois la franchise satisfaite, les participants font parvenir leurs reçus au PMT en premier pour se faire rembourser les frais admissibles au titre du PMO.

En théorie, comme la franchise est répartie sur quatre trimestres au cours de l'année de régime, le PMT et le régime d'assurance privé sont tour à tour les premiers et les derniers payeurs. Cependant, *ce n'est pas ce qui se produit* parce que la coordination des prestations avec le PMT ne peut pas être effectuée au point de vente.

L'envoi des reçus originaux par la poste peut entraîner des délais de traitement de six semaines ou plus, et des délais administratifs encore plus longs pour déterminer si la franchise trimestrielle est satisfaite. De plus, les pharmacies ne savent pas où en est la franchise trimestrielle d'un participant au titre du PMT et, par conséquent, *ne peuvent pas établir à quel moment le PMT devient le premier payeur*. Par conséquent, dans la plupart des cas, les régimes privés demeurent les premiers payeurs même une fois la franchise satisfaite.

## Qu'est-ce qui change? Coordination électronique des prestations entre le PMT et les régimes privés

À compter de l'automne 2017, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario prévoit la mise en place d'un processus de coordination électronique des prestations. Ainsi, les pharmacies pourront soumettre les demandes de règlement au PMT après le traitement initial par l'assureur privé et les participants n'auront plus besoin d'envoyer leurs reçus originaux au PMT.

Les demandes de règlement seront acceptées par le PMT. Le système fera le suivi des frais à la charge des participants (c.-à-d. les quotes-parts) et ceux-ci seront pris en compte pour satisfaire la franchise. Le suivi en temps réel des frais payés par les participants permettra à ces derniers d'avoir droit aux prestations du PMT dès qu'ils auront satisfait la franchise trimestrielle. Une fois la franchise satisfaite, non seulement le PMT acceptera la demande de règlement, mais commencera également à prendre en charge la totalité du coût des médicaments. C'est à ce moment-là que les pharmacies **devraient** considérer le PMT comme le premier payeur.

Il est important de souligner que la structure du PMT en soi ne changera pas. Les changements qui seront apportés à l'automne 2017 feront en sorte qu'il sera plus facile de déterminer à quel moment le participant devient admissible au remboursement au titre du PMT. Cependant, les pharmaciens ne disposeront toujours pas des données sur la franchise du PMT et ne pourront pas déterminer à quel moment le PMT devient le premier payeur.

## Incidence sur les régimes privés d'assurance-médicaments

Bien qu'il puisse sembler logique qu'une meilleure coordination des prestations donne lieu à une réduction des dépenses en médicaments, ce n'est pas nécessairement le cas, à moins que le promoteur de régime augmente le partage des coûts avec les participants. Pour satisfaire la franchise, le PMT tient compte uniquement des frais payés par les membres du régime (c.-à-d. les primes payées par les employés, les franchises et les quotes-parts). Toute somme payée par le promoteur de régime n'est **pas** considérée comme des frais admissibles par le PMT. Également, toute somme payée par un tiers (p. ex., le régime du conjoint) ou remboursée au titre d'un compte CFSS ou d'un programme d'aide parrainé par le fabricant ne sera **pas** prise en compte pour satisfaire la franchise. Selon la structure actuelle de la plupart des régimes privés, la grande majorité des membres du régime n'arriveront jamais à satisfaire la franchise du PMT et, par conséquent, les dépenses en médicaments au titre du régime ne diminueront pas.

Pour déterminer quels membres du régime pourraient satisfaire la franchise du PMT, GSC a procédé à une analyse des données sur les demandes de règlement. Cette analyse était basée sur un revenu moyen de 78 790 \$\* et établissait la franchise type du PMT à un peu plus de 3 000 \$ par année. Les résultats ont démontré que la quote-part annualisée estimative de moins de neuf pour cent des membres du régime atteignait le seuil de 3 000 \$. De plus, bon nombre de ces demandeurs sont probablement couverts par d'autres régimes d'assurance-médicaments ou bénéficient d'autres formes d'aide financière pour les médicaments à prix élevé qui permettent de réduire les frais à payer de leur poche. Autrement dit, la vaste majorité des membres du régime n'arrivera jamais à satisfaire la franchise du PMT.

## Comment le PMT se compare-t-il aux programmes de remboursement des médicaments des autres provinces?

La principale différence entre le PMT et les autres programmes d'assurance-médicaments offerts notamment en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et au Manitoba réside dans la façon de satisfaire la franchise. Alors que l'Ontario tient compte uniquement des frais à la charge du membre du régime, les autres provinces comme la Colombie-Britannique tiennent compte du coût total du médicament sans égard à la partie qui paie (c.-à-d. le membre du régime ou le régime privé). Il est ainsi plus facile de déterminer l'admissibilité aux programmes d'assurance-médicaments; une fois le seuil des dépenses en médicaments atteint, le membre du régime a droit à la couverture du programme de remboursement des médicaments provincial.

## Une initiative positive pour le PMT

La coordination électronique des prestations avec le PMT est un changement prometteur qui permettra une meilleure coordination entre le régime public et les régimes privés. Cependant, pour assurer une coordination plus étendue, d'autres changements seront nécessaires, notamment de meilleurs mécanismes de communication avec les pharmacies au sujet de l'admissibilité des membres du régime au PMT. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a promis une restructuration plus en profondeur du programme de médicaments public d'ici 2019 en indiquant qu'il s'attacherait explicitement à assurer une meilleure coordination avec les régimes privés.

Soyez assurés que si des changements supplémentaires sont apportés aux régimes d'assurance-médicaments publics du Canada, GSC vous en informera.

\*Statistique Canada, [www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/famil108a-fra.htm](http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/famil108a-fra.htm)

# DERRIÈRE LE COMPTOIR



## Coordination des prestations dans la vraie vie

En complément à notre article sur le Programme de médicaments Trillium, nous avons discuté avec Andrea Staruch, pharmacienne de GCS, de la coordination des prestations « au comptoir ».

**PSLP :** Bonjour Andrea. Dans ce numéro, notre article de fond porte sur l'information circulant à propos du Programme de médicaments Trillium de l'Ontario. Nous voulons nous placer du point de vue des pharmacies et expliquer de quelle façon le pharmacien essaie de coordonner les prestations avec les différents payeurs, non seulement Trillium, mais également les autres régimes provinciaux par rapport aux régimes privés. Qu'arrive-t-il lorsqu'un patient se présente au comptoir et que vous devez déterminer qui doit payer?

**Andrea :** La marche à suivre est bien connue de quiconque travaille dans une pharmacie en Ontario : pour toute personne de plus de 65 ans, le régime public est le premier payeur et pour toute personne de moins de 65 ans, le régime public est le dernier payeur. C'est la façon dont fonctionne le Programme de médicaments de l'Ontario.

**PSLP :** Compris. Et pour le programme Trillium?

**Andrea :** Dans les faits, lorsqu'une personne est couverte au titre de deux régimes, les demandes de règlement devraient d'abord être payées au titre du régime privé. Cependant, dès que la personne a satisfait sa franchise – qui correspond à toutes les sommes déboursées – l'ordre de paiement des régimes change. Trillium devient alors le premier payeur. Cependant, de nombreux pharmaciens croient à tort que lorsqu'une personne est couverte par un régime privé, celui-ci est toujours le premier payeur et ils continuent de facturer en conséquence. Un autre problème réside dans le fait que même si le pharmacien sait que l'ordre des régimes change lorsque la franchise est satisfaite, il n'a aucun moyen de savoir quand la franchise a été satisfaite. Autrement dit, il ne dispose pas des renseignements qui lui permettraient de savoir à quel moment l'ordre des régimes change. À vrai dire, sauf si des modifications sont apportées afin que le système avise explicitement le pharmacien que l'ordre de paiement des régimes change, la situation restera la même.

**PSLP :** Si je comprends bien, le patient est la seule personne qui sait si la franchise a été satisfaite, si l'on exclut le programme Trillium.

**Andrea :** Dans les faits, oui, mais souvent le patient n'est pas certain non plus. Bon nombre de personnes demandent... « où en est ma franchise... à quel moment sera-t-elle satisfaite... ». Malheureusement, je n'ai pas cette information.

**PSLP :** En théorie, le programme Trillium est avantageux, mais le système n'est pas en mesure de faire les liens nécessaires pour aider les gens à en tirer parti. Qu'en dites-vous? Que devrait-on faire?

**Andrea :** Cette situation se produit rarement. La majorité des personnes inscrites au programme Trillium ne sont pas couvertes par un régime privé. Pensez-y bien : la franchise correspond en gros à quatre pour cent du revenu de votre ménage et c'est la somme que vous devez payer de votre poche. Prenons par exemple les programmes offerts par les fabricants qui prétendent rembourser la franchise payable au titre du programme Trillium. Ce n'est pas permis. Le montant de la franchise doit être payé entièrement par le patient et la plupart des gens n'atteignent pas le seuil de quatre pour cent.

**PSLP : Ainsi, un très faible nombre de personnes couvertes par des régimes privés arriveront à satisfaire leur franchise au titre du programme Trillium.**

**Andrea :** En effet. Selon moi, la seule fois que cela peut se produire, c'est lorsqu'un régime prévoit une quote-part de 20 pour cent **et** lorsque le membre de ce régime doit se procurer un médicament à coût élevé. Cependant, même dans ce cas-là, la pharmacie ne pourra pas savoir à quel moment le programme Trillium devient le premier payeur.

.....

**PSLP : Est-ce que les modifications prévues à l'automne – la coordination électronique des prestations entre les régimes privés et le programme Trillium – aideront les pharmacies à comprendre la marche à suivre?**

**Andrea :** La coordination électronique des prestations sera utile, mais le programme Trillium et les régimes privés devront mener une campagne de sensibilisation et bien informer les parties concernées. Les pharmacies doivent d'abord comprendre que l'ordre des régimes doit changer lorsque la franchise est satisfaite. Même si les pharmaciens ne connaissent pas le montant de la franchise, ils pourraient être informés du moment où Trillium commence à payer la quote-part. Ils sauraient ainsi que la franchise a été satisfaite. Cela les incitera à modifier l'ordre de paiement des régimes afin que le programme Trillium devienne le premier payeur.

.....

**PSLP : Dans les faits, si la pharmacie et le patient ne sont pas dûment informés, l'ordre de paiement ne sera pas modifié.**

**Andrea :** Si le patient ne dit rien, les choses ne changeront probablement pas.

.....

**PSLP : Permettez-moi de changer un peu de sujet et de parler de la coordination des prestations entre deux régimes privés. Qu'est-ce que cela représente pour un pharmacien?**

**Andrea :** Dans le cas des régimes privés, la marche à suivre est assez simple. Le régime du patient est le premier payeur, et le régime du conjoint, le deuxième – habituellement, il n'y a pas plus de deux régimes. Cependant, si le patient a plus de 65 ans, le régime public est le premier payeur, ensuite vient le régime privé et en troisième lieu le régime de son conjoint. Dans le cas d'un enfant, le régime du parent dont l'anniversaire est le premier à survenir dans l'année est le premier payeur. Si l'anniversaire du père est en août et celui de la mère en février, le régime de la mère est le premier payeur.

.....

**PSLP : Je constate que le processus est bien compris. Y a-t-il des situations où la coordination des prestations pose problème?**

**Andrea :** Il ne devrait pas y en avoir. Cela ne veut pas dire qu'il n'y en a pas. Il faut parfois gérer les cartes d'aide financière des fabricants et il est indiqué sur celles-ci qu'ils doivent être le deuxième payeur.

.....

**PSLP : Vous savez comment fonctionne la coordination des prestations, vous voyez les deux côtés, celui de la pharmacie et des régimes, mais parfois certains pharmaciens semblent l'ignorer.**

**Andrea :** Oui, parfois ce sont les assistants qui s'occupent de la facturation à la pharmacie. Et ils ne sont peut-être pas au courant. Certains pharmaciens ont une formidable expertise clinique, mais ne connaissent rien à la facturation. Ces notions ne sont pas enseignées à l'école de pharmacie.

.....

**PSLP : Ainsi, les écoles ne reflètent pas les situations courantes. Alors, vous apprenez les particularités de l'assurance sur le tas, à la pharmacie?**

**Andrea :** J'ai été chanceuse, car j'ai eu l'occasion de participer à un programme coopératif, alors j'ai appris les notions fondamentales sur la facturation alors que j'étais encore étudiante. Mais la plupart des étudiants ne suivent pas de formation sur la facturation avant de commencer à travailler.

**PSLP : Je vous remercie Andrea, cette entrevue a été très intéressante et instructive.**

## REVUE DES MÉDICAMENTS CHEZ GSC...

Afin de vous donner un aperçu des médicaments qui pourraient bientôt entraîner des modifications à votre régime, *Perspective sur les prescriptions* traite chaque trimestre de certains médicaments ayant récemment fait l'objet d'une révision par le Comité de pharmacologie et de thérapeutique de GSC. Nous commençons ce numéro avec un médicament connu de la plupart des lecteurs – Humira, mais pour une nouvelle indication :

CATÉGORIES DE GSC <sup>1</sup>	NOUVEAU MÉDICAMENT <sup>2</sup>	RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	COÛT <sup>3</sup>	DÉTAILS SUR LA COUVERTURE <sup>4</sup>
<b>MALADIE INFLAMMATOIRE</b>				
Produit biologique; Coût élevé; Spécialité (palier 5)	Humira <sup>MD</sup> (adalimumab)	<p>L'uvéïte est une maladie inflammatoire rare qui se caractérise par l'enflure et la destruction des tissus oculaires qui peuvent entraîner une réduction de la vision ou même la cécité<sup>5</sup>. Il existe deux types d'uvéïte : infectieuse (causée par une bactérie ou un virus) et non infectieuse (causée par une lésion directe ou une autre maladie sous-jacente). L'uvéïte non infectieuse représente environ 78 % de tous les cas d'uvéïte<sup>6</sup>. Selon le site d'inflammation, elle peut être classée par type : antérieure (devant), intermédiaire (centre), postérieure (arrière), et panuvéïte (les trois régions). Les uvéïtes intermédiaires, postérieures et les panuvéïtes sont les plus graves et sont des formes hautement récurrentes d'uvéïte. Si elles ne sont pas traitées, elles peuvent souvent entraîner la cécité. Les traitements de l'uvéïte visent dans un premier temps à éliminer l'inflammation et la douleur, enrayer la détérioration des tissus et restaurer la perte de la vue avant que des complications plus graves se présentent. Malgré le fait que l'uvéïte puisse survenir à tout âge, elle touche généralement les personnes en âge de travailler<sup>7</sup>.</p> <p>Les options de traitement existantes pour les uvéïtes non infectieuses comprennent les corticostéroïdes topiques; cependant, en raison du site des uvéïtes postérieures, intermédiaires et des panuvéïtes, les corticostéroïdes oraux sont généralement recommandés.</p> <p>Humira, produit biologique offert au Canada depuis 2004 et premier produit biologique approuvé par Santé Canada pour traiter l'uvéïte, offre maintenant une nouvelle option de traitement pour l'uvéïte non infectieuse (intermédiaire, postérieure et panuvéïte) chez les adultes qui n'ont pas bien répondu aux corticostéroïdes ou qui sont dépendants aux corticostéroïdes. L'Humira est administré par injection sous-cutanée toutes les deux semaines.</p>	<p><b>\$\$\$\$</b></p> <p>Environ 20 000 \$ par année</p>	<p>→ RPP pour les médicaments de spécialité</p> <p>→ Autorisation préalable requise</p>

## MALADIE PULMONAIRE

<p>Produit traditionnel; Coût élevé; Spécialité (palier 5)</p>	<p>Uptravi<sup>MC</sup> (selexipag)</p>	<p>L'hypertension pulmonaire (HP) est une maladie pulmonaire rare, chronique et complexe qui progresse rapidement. Dans le cas de l'hypertension artérielle pulmonaire (HAP), les artères des poumons sont rétrécies, ce qui rend la circulation du sang plus difficile et impose une pression élevée continue dans les poumons, faisant en sorte qu'il est plus difficile pour le cœur de pomper le sang dans ces artères. L'HAP peut être causée par d'autres problèmes de santé (p. ex., maladie cardiaque, maladie auto-immune, caillots sanguins) ou dans certains cas, aucune cause ne peut être déterminée (idiopathique). Étant donné que les symptômes sont non spécifiques (souffle court, étourdissements, douleur thoracique, etc.) et les mêmes que ceux d'autres problèmes de santé, l'HAP est souvent mal diagnostiquée ou diagnostiquée lorsque le patient présente des symptômes plus graves. On estime qu'environ 5 000 Canadiens ont reçu un diagnostic d'HP<sup>8</sup>.</p> <p>Il n'existe pas de remède contre l'HAP et celle-ci peut être fatale si elle n'est pas traitée. Les traitements actuels visent à soulager les symptômes et à ralentir la progression de la maladie. Au Canada, il existe actuellement neuf traitements approuvés pour traiter l'HAP qui agissent sur quatre voies importantes : les antagonistes du récepteur de l'endothéline, les prostanoides, les inhibiteurs de la phosphodiesterase de type-5 (PDE-5) et les stimulateurs solubles de la guanylate cyclase. En général, les patients dont la maladie n'est pas bien contrôlée au moyen d'une thérapie à un seul médicament commencent une thérapie combinée avec un deuxième médicament d'une catégorie différente<sup>9</sup>.</p> <p>L'Uptravi est une nouvelle option de traitement pour l'HAP qui vise la voie des prostanoides. Comparé aux autres médicaments de sa catégorie (produits injectables), l'Uptravi est le premier médicament par voie orale indiqué aux premiers stades de la maladie. Il a été autorisé par Santé Canada pour le traitement de l'HAP idiopathique, de l'HAP héréditaire, de l'HAP associée à des troubles des tissus conjonctifs et de l'HAP liée à une maladie cardiaque congénitale chez les adultes présentant des symptômes de faibles à modérés. Il est administré par voie orale deux fois par jour.</p>	<p><b>\$\$\$\$</b></p> <p>Environ 46 800 \$ par année</p>	<p>→ RPP pour les médicaments de spécialité</p> <p>→ Autorisation préalable requise</p>
--	---	---	---	---

### Notes :

<sup>1</sup> « Produit biologique » s'entend de médicaments produits par biotechnologie et inscrits à l'annexe D de la *Loi sur les aliments et drogues*; « Produit traditionnel » renvoie habituellement aux composés à petites molécules dérivés de la synthèse chimique et comprend des médicaments qui ne sont pas inscrits à l'annexe D de la *Loi sur les médicaments et drogues*; « Coût élevé » s'entend des médicaments assujettis aux *Politiques de GSC relatives aux médicaments à coût élevé*; « Spécialité (palier 5) » renvoie aux médicaments associés à un coût de traitement prévu de 10 000 \$ ou plus par année (certains médicaments dont le coût avoisine ce seuil peuvent également faire partie de cette catégorie si des preuves cliniques le justifient).

<sup>2</sup> De marque (générique)

<sup>3</sup> D'après la liste des prix courants du fabricant. Exclut la marge bénéficiaire des pharmacies et les frais d'exécution. \$ : < 1 000 \$; \$\$ : 1 000 à 4 999 \$; \$\$\$ : 5 000 à 9 999 \$; \$\$\$\$ : 10 000 à 49 999 \$; \$\$\$\$\$ : ≥ 50 000 \$

<sup>4</sup> S'applique à tous les formulaires de médicaments, à moins d'indication contraire. RPP désigne le réseau de pharmacies privilégiées de GSC.

<sup>5,7</sup> National Eye Institute, Uveitis, <https://nei.nih.gov/health/uveitis/uveitis>

<sup>6</sup> Chan S.M., M. Hudson M, E. Weis. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 2007; 42(6):860-4.

<sup>8</sup> *Pulmonary Arterial Hypertension*, Pulmonary Hypertension Association of Canada, <http://www.phacanada.ca/en/about-ph/download-pdfs/#>

<sup>9</sup> Médicaments pour traiter l'hypertension artérielle pulmonaire, ACMTS, <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/TR0006-PAH-inBrief-f.pdf>