



FOND DE L'HISTOIRE^{MD}

JUILLET – AOÛT 2018



RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS : SURVOL D'UN SUJET D'ACTUALITÉ

PAGE 2

NOUVEAUTÉS

Test de l'hépatite C recommandé aux Canadiens
nés entre 1945 et 1975

Sous-estimation de l'incidence des maladies
chroniques par les promoteurs de régime

PAGE 8



RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS : SURVOL D'UN SUJET D'ACTUALITÉ

De 10 % à 20 % des Canadiens ne bénéficient pas d'une protection médicaments adéquate aux termes des régimes publics et privés du Canada¹. Pour la plupart des intervenants, la question n'est pas de savoir si des correctifs doivent être apportés pour combler cette lacune, ou si des changements sont à l'horizon, mais plutôt de déterminer quelle forme doivent prendre ces changements. L'expression « régime d'assurance-médicaments » revient souvent dans les solutions proposées, mais la forme qu'un tel régime devrait prendre suscite bien des débats. Voici donc un survol des possibilités.

L'approche actuelle du Canada comprend déjà un régime d'assurance-médicaments

Un régime d'assurance-médicaments peut être universel – c'est-à-dire qu'il fournit des médicaments financés par les fonds publics à l'ensemble de la population – ou cibler des groupes précis au sein de la population.

Le concept d'*assurance-médicaments universelle nationale*, sous forme d'un régime unique d'assurance financé par les fonds publics, selon lequel le gouvernement fournit tous les médicaments d'ordonnance nécessaires sur le plan médical à l'ensemble des Canadiens, alimente depuis plus de 60 ans les débats parmi différents spécialistes, les organismes gouvernementaux et les chercheurs². Pour beaucoup, il s'agit de la définition par défaut d'un régime d'assurance-médicaments national.

À l'heure actuelle, le Canada ne possède pas de régime répondant à cette définition. Différents programmes sont en place selon les provinces pour fournir des médicaments financés par les fonds publics à des groupes précis, mais tous sous la même bannière : l'assurance-médicaments provinciale.

L'approche préconisée selon la province ou le territoire varie en fonction d'un certain nombre de facteurs, dont les groupes ciblés, les médicaments remboursés et le mode de financement. Parmi les groupes ciblés figurent, par exemple, les personnes à faible revenu, les personnes atteintes de certaines affections, les enfants et les personnes âgées. La nouvelle Assurance-santé Plus (déjà visée par une réforme) de l'Ontario est un exemple de régime ciblant les enfants et les jeunes.

L'Assurance-santé Plus a été instaurée par le précédent gouvernement libéral en vue d'offrir aux Ontariens de moins de 25 ans une couverture gouvernementale pour la plupart des médicaments. Il ne s'agit donc pas d'un programme national ou couvrant tous les Ontariens, et certains médicaments sont exclus. Les progressistes-conservateurs ont annoncé des changements au programme dès leur entrée en poste. Au moment d'écrire ces lignes, le nouveau gouvernement n'avait pas encore précisé ses intentions, mais avait déjà annoncé que les enfants et les jeunes admissibles à l'Assurance-santé Plus qui ne sont pas couverts par un régime privé continueront à recevoir gratuitement les médicaments d'ordonnance admissibles, mais que ceux qui sont couverts par un régime privé devront d'abord soumettre à ce dernier une demande de remboursement avant de se voir rembourser la différence par le gouvernement.

RÉGIME D'ASSURANCE-
MÉDICAMENTS

?

QUI PASSE À TRAVERS LES MAILLES DU FILET?

- Environ 2 % des Canadiens ne possèdent aucune assurance médicaments. Parmi ceux-ci, 26,5 % n'ont pas les moyens de payer leurs médicaments d'ordonnance³.
- Il s'agit souvent d'adultes âgés, comme ceux de 55 à 64 ans. Une personne sur huit au sein de ce groupe ne peut payer ses médicaments, mais n'a pas atteint l'âge d'admissibilité aux régimes publics d'assurance-médicaments destinés aux aînés⁴.
- De plus, 10 % des personnes qui bénéficient d'une protection quelconque n'ont malgré tout pas les moyens de se procurer certains de leurs médicaments d'ordonnance⁵.

APERÇU DE L'ÉTAT ACTUEL DE L'ASSURANCE-MÉDICAMENTS PUBLIQUE

En règle générale, les régimes d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux remboursent intégralement le coût de certains médicaments d'ordonnance, et remboursent partiellement le coût d'autres médicaments, la différence étant payée par le bénéficiaire ou par un régime privé, comme un régime collectif de garanties de soins de santé.

Au chapitre des régimes privés, environ 25,3 millions de personnes, ou 70,5 % de la population du Canada, bénéficient d'une couverture complète ou partielle de leurs médicaments par l'intermédiaire de quelque 113 000 régimes offerts par des employeurs, des syndicats, des associations professionnelles, ou achetées individuellement⁶. Le pays compte environ 132 fournisseurs d'assurance-maladie qui proposent différents types et montants de couverture⁷.

C'est cette combinaison de couvertures publiques et privées qui a valu au système canadien le qualificatif de « courtepoinde de régimes ». Les Canadiens qui ne sont pas couverts par l'un ou l'autre de ces régimes d'assurance-médicaments publics et privés passent à travers les mailles du filet. Quelle est la meilleure façon de corriger cette situation? Cette question, qui alimente les débats depuis des décennies, est plus d'actualité que jamais.

Le rapport *Un régime d'assurance-médicaments universel pour tous les Canadiens : une nécessité*, publié en avril 2018 par le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, brosse un tableau de la couverture pour les médicaments d'ordonnance au Canada. Tour d'horizon :

Le **gouvernement fédéral** offre une couverture à environ 3 % de la population dans le cadre de régimes destinés aux Premières Nations et aux Inuits, aux membres des Forces armées canadiennes et de la GRC, aux anciens combattants, aux détenus fédéraux, à certaines catégories de réfugiés et aux membres de la fonction publique fédérale.

Les **gouvernements provinciaux et territoriaux** offrent quelque 70 régimes couvrant les médicaments d'ordonnance. De formes diverses, ces régimes entrent cependant dans trois catégories :

1. Un peu plus de la moitié des provinces et des territoires offrent une *couverture des médicaments onéreux* assortie de différentes structures de remboursement (primes, franchises et quotes-parts) et de montants maximaux que les bénéficiaires doivent payer de leur poche.
2. Les quatre provinces suivantes offrent une *couverture générale pour les médicaments d'ordonnance* aux personnes qui n'ont pas accès à d'autres types de couverture :
 - **Québec** : Les résidents doivent posséder une couverture aux termes d'un régime privé ou du régime public de la province. Tous les régimes privés doivent offrir une couverture équivalente à celle du régime public.
 - **Alberta** : La province offre un régime de soins de santé complémentaire à ses résidents de moins de 65 ans et à leurs personnes à charge.
 - **Nouveau-Brunswick** : La province assure une couverture des médicaments aux résidents qui ne sont pas couverts par le régime d'un employeur ou un régime gouvernemental, ou dont l'assurance ne rembourse pas un médicament nécessaire.
 - **Île-du-Prince-Édouard** : La province rembourse les médicaments génériques inscrits sur le formulaire provincial aux résidents de 65 ans et plus qui ne sont pas couverts par un régime privé d'assurance-médicaments.
3. Des **régimes ciblés de remboursement des médicaments sur ordonnance** sont offerts à des populations spéciales qui varient selon la province ou le territoire (p. ex., les personnes à faible revenu, les personnes nécessitant des médicaments coûteux, les enfants et les personnes âgées).

Pour en savoir plus et lire le rapport, visitez <http://publications.gc.ca/site/fra/9.855509/publication.html>.



Des changements certains à l'horizon

L'assurance-médicaments nationale revient périodiquement à l'ordre du jour depuis les années 1960. Pourquoi en parle-t-on maintenant?

Les inquiétudes liées à la hausse du coût des médicaments sont la raison principale de ce retour dans l'actualité. Vous qui œuvrez dans l'industrie, vous êtes bien au fait de tous les problèmes découlant de l'augmentation très préoccupante du coût des médicaments. En 2015, le Canada se classait au troisième rang des 29 pays membres de l'OCDE au chapitre des dépenses en médicaments, devancé seulement par les États-Unis et la Suisse⁸.

Cette tendance à la hausse devrait se poursuivre, puisque les médicaments de spécialité coûteux sont de plus en plus utilisés pour traiter des maladies chroniques complexes, comme l'hépatite C, le cancer et la polyarthrite rhumatoïde. Le prix des médicaments biologiques est lui aussi très élevé, tout comme celui de nombreux médicaments utilisés dans le traitement de maladies rares. Tous ces facteurs entraînent des coûts de plus en plus difficiles à absorber pour les régimes publics et privés. C'est ainsi qu'une réforme de l'assurance-médicaments revient à l'ordre du jour, mais quelle forme pourrait-elle prendre?

L'assurance-médicaments de demain au Canada

Le 18 avril 2018, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a publié le rapport *Un régime d'assurance-médicaments universel pour tous les Canadiens : une nécessité*. Le rapport recommande la création d'un régime d'assurance-médicaments universel à l'échelle nationale. Il recommande plus précisément d'élargir la portée de la *Loi canadienne sur la santé* afin d'inclure dans la définition de « services de santé assurés » les médicaments sur ordonnance délivrés ailleurs qu'en milieu hospitalier en vue de créer un régime public universel d'assurance-médicaments à payeur unique pour tous les Canadiens.

Les coûts seraient partagés entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Le nouveau régime comprendrait également l'élaboration d'un formulaire pharmaceutique national commun à adhésion volontaire, fruit d'une collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les fournisseurs de soins de santé, les patients et les représentants des collectivités autochtones. Ces intervenants contribueraient à orienter les décisions relatives au remboursement des médicaments et à assurer une plus grande uniformité en ce qui a trait aux médicaments admissibles à l'échelle nationale. Selon les estimations du Bureau du directeur parlementaire du budget, le Comité prévoit qu'un tel régime universel entraînerait des économies de 4,2 milliards de dollars pour le Canada⁹.

Quelle forme la vision du Comité prendrait-elle en pratique? Le rapport a suscité des commentaires variés, mais un thème commun que même certains membres du Comité reconnaissent se dégage des observations : beaucoup de questions demeurent sans réponse, dont celles relatives aux coûts et à la mise en œuvre dans les provinces et les territoires.

La confusion autour de ces questions a vraisemblablement pris racine avant la publication du rapport, lorsque le gouvernement fédéral a annoncé la création du Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments, présidé par le Dr Erik Hoskins, ancien ministre de l'Ontario à l'origine de l'Assurance-santé Plus), lors de son dernier budget. En raison de la présence des expressions « mise en œuvre » et « régime national d'assurance-médicaments » dans le nom du Conseil consultatif, nombreux sont ceux qui ont cru que le gouvernement envisageait de s'en tenir à la définition par défaut, soit un régime national à payeur unique couvrant une liste de médicaments jugés médicalement nécessaires.



EN 2015, LE CANADA SE CLASSAIT AU TROISIÈME RANG DES 29 PAYS MEMBRES DE L'OCDE AU CHAPITRE DES DÉPENSES EN MÉDICAMENTS, DEVANCÉ SEULEMENT PAR LES ÉTATS-UNIS ET LA SUISSE.



Cependant, dès le lendemain du dépôt du budget, le ministre des Finances, Bill Morneau, a affirmé que l'objectif est de corriger les lacunes au chapitre de la couverture, mais pas nécessairement d'élaborer un tout nouveau système. M. Morneau a également fait part de ses préoccupations quant au possible fardeau financier d'un régime national d'assurance-médicaments, laissant entendre que l'approche préconisée pour assurer une couverture à tous les Canadiens serait « fiscalement responsable » (des commentaires similaires à ceux de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes – il en est question plus loin)¹⁰.

Au sujet des coûts, le rapport reconnaît qu'un régime national d'assurance-médicaments devra, avant d'entraîner des économies potentielles, assumer d'importants coûts qui sont actuellement à la charge du secteur privé et qui atteignent 10,7 milliards de dollars¹¹. De l'avis du Comité, les mesures suivantes seraient nécessaires pour réaliser des économies de 4,2 milliards de dollars :

- Partager les coûts du régime entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux;
- Élargir le mandat et renforcer les capacités de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé et de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique en vue d'appuyer l'élaboration d'un formulaire pancanadien et de favoriser des négociations de prix plus robustes;
- Entreprendre des consultations avec les employeurs, les syndicats, les régimes privés d'assurance-médicaments et les Canadiens pour déterminer le meilleur mécanisme de financement du nouveau régime.

Le rapport donne également un aperçu du mode de financement et de mise en œuvre du régime dans les provinces et les territoires, et recommande « que le gouvernement du Canada accorde des ressources financières supplémentaires aux provinces et aux territoires, par le biais du Transfert canadien en matière de santé, pour qu'ils ajoutent les médicaments délivrés sur ordonnance en dehors des hôpitaux à leurs régimes publics d'assurance-maladie, à titre de service de santé assuré aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*¹² ».

Le mandat du Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments s'est précisé récemment. Le 20 juin 2018, les ministres de la Santé et des Finances ont annoncé la nomination des six membres qui formeront le Conseil présidé par le Dr Erik Hoskins. Ils ont également précisé que le Conseil devra effectuer une évaluation économique et sociale des modèles nationaux et internationaux¹³. Le 29 juin, le Dr Hoskins a participé à une rencontre avec les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux. Il a soulevé différentes questions encore sans réponse relatives à la portée de la recommandation finale et de la responsabilité des coûts.

Au cours des prochains mois, le Conseil consultera des Canadiens, des spécialistes des soins de santé, des patients, des parties intéressées ainsi que des représentants des provinces, des territoires et des collectivités autochtones pour connaître leur point de vue au sujet d'un régime d'assurance-médicaments national. Les Canadiens pourront notamment remplir un questionnaire en ligne pour faire connaître leur position au Conseil. Un document de discussion, intitulé *Vers la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments*, donne également un aperçu du système actuel d'assurance-médicaments au Canada. Le document peut être consulté en ligne à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/mise-en-oeuvre-regime-assurance-medicaments/document-reflexion.html>.

Quel est donc le but de cet exercice? Le Conseil prendra en considération tous les points de vue exprimés dans l'élaboration d'un rapport provisoire qu'il soumettra aux ministres de la Santé et des Finances plus tard au cours de l'année. Il soumettra ensuite son rapport final au printemps de 2019, soit juste avant l'élection fédérale du 21 octobre 2019. Le rapport final formulera des recommandations à l'intention du gouvernement fédéral sur la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments pour tous les Canadiens. Le Conseil retiendra-t-il la définition par défaut d'un tel régime, ou préconisera-t-il une autre approche pour réformer l'assurance-médicaments au pays? Seul le temps le dira. D'ici là, rien n'empêche d'envisager d'autres approches.



Au-delà de la définition par défaut

La vision du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes s'inscrit dans la définition par défaut d'un régime d'assurance-médicaments national. Il existe cependant d'autres modèles de réforme qui mettent de l'avant d'autres solutions pour combler les lacunes au chapitre de la couverture. Voici quelques modèles couramment évoqués de régimes d'assurance-médicaments pouvant s'appliquer au Canada :

- **Collaboration entre payeurs publics et privés pour réduire les prix négociés des médicaments par l'intermédiaire de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique** : Ce partenariat a déjà permis de réaliser des économies substantielles sur certains médicaments génériques à volume élevé.
- **Formulaire minimal national** : Tous les payeurs publics et privés seraient tenus de rembourser le coût des médicaments figurant sur une liste – à définir – des médicaments les plus courants ou essentiels. Le nombre 125 est souvent utilisé pour faire référence au nombre de médicaments figurant sur la liste. Dans le contexte actuel, cette approche permettrait d'enrayer ou de modifier la tendance des plafonds de remboursement des médicaments appliqués par les régimes de garanties. Elle pourrait également inciter certains promoteurs de régime à ne rembourser que le montant minimum inscrit au formulaire; qui, alors, paiera pour les nouveaux médicaments plus coûteux, mais susceptibles de sauver des vies?
- **Entente négociée entre les payeurs publics et privés visant les « médicaments orphelins »** : Les médicaments dits « orphelins » servent à traiter des maladies très rares et ne font donc pas l'objet d'une grande demande. Par conséquent, les sociétés pharmaceutiques ont peu d'intérêt à investir dans la recherche sur ces médicaments. Pour couvrir leurs coûts de recherche-développement, elles imposent donc des prix très élevés. Si le gouvernement couvrait le coût des médicaments orphelins, un plus grand nombre de patients y aurait accès, et les sociétés pharmaceutiques verraient davantage l'intérêt d'investir dans leur développement.

Point de vue de l'industrie de l'assurance

En réponse au rapport du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, Stephen Frank, président et chef de la direction de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP), s'est dit préoccupé par le fardeau financier découlant des recommandations du Comité.

« Il est de plus en plus question d'un régime d'assurance-médicaments dans les provinces et les territoires, et même à Ottawa. L'ACCAP s'assure par tous les moyens que les membres de l'industrie prennent part au débat pour pouvoir se faire entendre et influencer les discussions, parce que les régimes privés sont très importants. Ils offrent une excellente couverture et un service hors pair à leurs membres, qui en sont extrêmement satisfaits. Nous ne voulons donc pas que les changements mis en œuvre aient pour conséquences non voulues le retrait de certains employeurs ou un accès plus difficile aux régimes privés. Tout changement doit être apporté après mûre réflexion, une fois les répercussions des différents modèles bien comprises. Pour tirer son épingle du jeu, notre industrie doit proposer des solutions de façon très proactive, même si celles-ci sont synonymes de changements. »

RÉGIMES PRIVÉS : À L'AVANT-GARDE GRÂCE À L'INNOVATION ET À LA MAÎTRISE DES COÛTS

Malgré un accès difficile aux nouveaux médicaments innovants en raison de leur coût élevé, les Canadiens peuvent les obtenir par l'intermédiaire des régimes privés.

De plus, les membres de l'industrie de l'assurance collaborent à la création d'une mutualisation en assurance-médicaments pour répartir le coût des médicaments onéreux entre tous les assureurs et soutenir ainsi les régimes des PME.

Et, bien qu'une plus grande collaboration avec les payeurs publics soit nécessaire, des projets mis de l'avant avec des acteurs comme l'Alliance pancanadienne pharmaceutique ont permis des améliorations. Le remaniement du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) est une autre initiative essentielle à la gestion future du coût des médicaments.

Et qu'en est-il de GSC? GSC a pour mission de *créer des solutions novatrices qui permettent aux gens d'avoir accès à une meilleure santé*; il va donc de soi que l'entreprise appuie pleinement la quête d'une solution pour corriger les lacunes et assurer une couverture aux Canadiens qui en ont besoin. Comme l'explique Steve Bradie, président de GSC :

« En termes clairs, notre industrie donne son plein appui à toute initiative qui permettra d'assurer une couverture adéquate aux Canadiens qui n'ont pas accès aux médicaments dont ils ont besoin. Nous habitons un pays riche, et tous devraient pouvoir obtenir des médicaments qui permettent de sauver des vies ou de maintenir des fonctions vitales. Nous croyons cependant que la majorité des Canadiens sont bien servis par leurs régimes privés, et que les emplois que ces régimes génèrent au sein de notre industrie contribuent de façon importante à l'économie canadienne. »

Tout comme l'ACCAP, GSC estime que les régimes privés d'assurance-médicaments jouent un rôle important en procurant une couverture solide et une rémunération avantageuse sur le plan fiscal à la majorité des Canadiens. Par conséquent, les mesures prises pour corriger les lacunes en matière d'assurance ne doivent pas se faire aux dépens des régimes privés.

Des idées novatrices pour l'avenir

Les Canadiens, et tout spécialement les membres de l'industrie de l'assurance, traversent sans contredit une période intéressante. Les changements ne se produiront pas du jour au lendemain : il reste encore deux ans avant la prochaine élection fédérale, laquelle offre une occasion d'orienter l'avenir. GSC prend déjà part au débat sur la meilleure façon de combler les lacunes en matière de couverture, et espère que d'autres acteurs de l'industrie emboîteront le pas. Des idées novatrices à proposer? Chose certaine, nous nous efforcerons d'envisager des stratégies que nous n'aurions pas prises en compte auparavant. Comptez sur nous!

Sources :

^{1,6-9,11,12} *Un régime d'assurance-médicaments universel pour tous les Canadiens : une nécessité*, rapport du Comité permanent de la santé de la Chambre des communes, avril 2018. Consulté en juillet 2018 : <http://publications.gc.ca/site/fra/9.855509/publication.html>.

² « Canadian Pharmacare: Looking Back, Looking Forward », Steven G. Morgan et Jamie R. Daw, US National Library of Medicine, National Institutes of Health, août 2012. Consulté en juillet 2018 : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2711509/>.

³⁻⁵ *Rx : PharmAccord – Une prescription pour améliorer la santé du Canada*, Association des pharmaciens du Canada, 2017. Consulté en juillet 2018 : https://www.pharmacists.ca/cpha-fr/assets/File/CPhA-on-the-issues/PharmAccord_Final_Online.pdf.

¹⁰ « Translating the budget's 'pharmacare' promise, It was a roller-coaster week for health care advocates awaiting a pharmacare program for prescription drugs », Kelly Crowe, *CBC News*, le 3 mars 2018. Consulté en juin 2018 :

<https://www.cbc.ca/news/health/second-opinion-budget-pharmacare-1.4560101>. « Commons committee recommends single-payer pharmacare system », Kyle Duggan, *iPolitics*, le 18 avril 2018. Consulté en juin 2018 : <https://ipolitics.ca/2018/04/18/commons-committee-recommends-single-payer-pharmacare-system/>.

¹³ « Le gouvernement du Canada annonce le début des travaux du Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments national », Santé Canada, gouvernement du Canada, le 20 juin 2018. Consulté en juillet 2018 : Le gouvernement du Canada annonce le début des travaux du Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime d'assurance-médicaments national.

NOUVEAUTÉS

TEST DE L'HÉPATITE C RECOMMANDÉ AUX CANADIENS NÉS ENTRE 1945 ET 1975

La ligne directrice récemment mise à jour en matière de dépistage et de traitement de l'hépatite C recommande le dépistage chez les Canadiens en fonction de la présence de facteurs de risque, mais aussi selon leur année de naissance. La majorité des Canadiens souffrant d'hépatite C chronique sont nés entre 1945 et 1975, mais jusqu'à 70 % des personnes appartenant à ce groupe d'âge n'ont jamais fait de test de dépistage. Comme les symptômes mettent parfois des dizaines d'années à se manifester, de 40 % à 70 % des personnes infectées ignorent peut-être qu'elles sont porteuses du virus. Les personnes qui partagent des seringues pour s'injecter des drogues, qui se sont fait faire un tatouage ou un perçage avec des instruments non stérilisés, qui ont eu des relations sexuelles non protégées avec de multiples partenaires ou qui ont reçu une transfusion de sang ou de produit du sang ou une greffe d'organe avant 1992 présentent un risque élevé d'hépatite C.

On estime par ailleurs que plus de 250 000 Canadiens pourraient être infectés par le virus de l'hépatite C, et que des deux tiers aux trois quarts d'entre eux sont nés entre 1945 et 1975. Par conséquent, la nouvelle ligne directrice 2018 pour la prise en charge de l'hépatite C chronique de l'Association canadienne pour l'étude du foie recommande le dépistage chez toute personne née pendant cette période. Le dépistage en fonction de l'âge est similaire à d'autres pratiques de dépistage, comme celles suivies pour la pression artérielle, le taux de cholestérol et les colonoscopies.

La plupart des personnes exposées au virus de l'hépatite C sont capables de se débarrasser de l'infection. L'infection chronique peut cependant mener à une cirrhose et au cancer du foie. Lorsque les symptômes se manifestent, la personne atteinte présente déjà de graves problèmes de foie. De plus, le traitement n'est pas aussi efficace chez une personne malade, car il permet de guérir l'infection mais ne répare pas complètement les dommages subis par le foie. Le dépistage du virus est effectué au moyen d'une analyse de sang peu coûteuse.

Pour en savoir plus et consulter la ligne directrice, visitez <http://www.cmaj.ca/content/190/22/E677>.

SOUS-ESTIMATION DE L'INCIDENCE DES MALADIES CHRONIQUES PAR LES PROMOTEURS DE RÉGIME

Selon les résultats de la 21^e édition du *Sondage Sanofi Canada sur les soins de santé*, les promoteurs de régime s'inquiètent de l'incidence des maladies chroniques non prises en charge sur la productivité au travail, mais ils sous-estiment la proportion d'employés souffrant d'une maladie chronique. En effet, 58 % des membres du régime sondés ont déclaré souffrir d'au moins une maladie chronique, un pourcentage estimé à seulement 29 % par les promoteurs de régime. Parmi les répondants atteints d'une maladie chronique, 47 % disent s'être absents du travail ou trouver plus difficile d'effectuer leurs tâches en raison de leur état. Ce pourcentage grimpe à 72 % chez ceux qui présentent un problème de santé mentale, comme la dépression ou l'anxiété.

Heureusement, 84 % des membres du régime atteints d'une maladie chronique aimeraient en apprendre plus sur leur affection et la façon de la traiter. Par exemple, la majorité des membres du régime aimeraient beaucoup rencontrer des professionnels de la santé (autres que des médecins) pour s'informer de leurs facteurs de risque liés à un large éventail de maladies. En plus d'en apprendre plus sur leurs facteurs de risque, 75 % des membres du régime aimeraient avoir accès à l'encadrement d'un pharmacien dans le cadre de leur régime, et 68 % des promoteurs de régime envisageraient de couvrir les services d'encadrement par un pharmacien. Dans l'ensemble, 79 % des promoteurs de régime souhaitent que leur régime de soins de santé en fasse plus pour soutenir les personnes souffrant de maladies chroniques.

Voici d'autres faits saillants du sondage :

- *Taux de satisfaction envers les régimes de garanties* : La plupart des membres du régime sont positifs quant à la qualité de leur régime de soins de santé. Les membres du régime ont tendance à être plus satisfaits de leur régime s'ils sont en excellente ou en très bonne santé, s'ils sont satisfaits au travail, s'ils ont un revenu familial supérieur à 100 000 \$ et si leur régime offre des programmes de promotion du mieux-être au travail et un compte de frais pour soins de santé. Parmi les variables qui contribuent à un faible taux de satisfaction figurent un mauvais ou un très mauvais état de santé, une faible satisfaction au travail, un revenu familial inférieur à 30 000 \$ ainsi que l'absence d'un programme de mieux-être au travail ou d'un compte de frais pour soins de santé dans le régime de garanties.
- *Utilisation des garanties* : Le remboursement des médicaments demeure la garantie la plus utilisée, puisque 85 % des membres du régime ont eu recours à leur régime de remboursement des médicaments à au moins une reprise au cours de la dernière année. Les membres du régime ont par ailleurs eu recours à leur régime de soins dentaires à au moins une reprise dans la même proportion. En ce qui a trait aux services paramédicaux, 53 % des membres ont soumis au moins une demande de règlement au cours de la dernière année. Du côté du cannabis thérapeutique, 64 % des membres du régime estiment que leur régime devrait en rembourser l'utilisation lorsqu'elle est autorisée par un médecin. À l'opposé, seuls 34 % des promoteurs de régime estiment que leur régime devrait couvrir le cannabis thérapeutique, et 8 % indiquent que leur régime offre déjà cette garantie.
- *Conception du régime* : La principale préoccupation a trait à la viabilité du régime de remboursement des médicaments. En effet, 33 % des promoteurs de régime en milieu de travail non syndiqué et 34 % de ceux qui sont en milieu de travail syndiqué s'en inquiètent. Viennent ensuite la viabilité du régime de soins dentaires dans le cas des promoteurs de régime en milieu de travail non syndiqué (27 %) et l'incapacité d'apporter des changements importants au régime en raison des conventions collectives dans le cas des promoteurs de régime en milieu de travail syndiqué (30 %).
- *Communications* : Les membres du régime indiquent dans une proportion de 66 % qu'ils accepteraient de recevoir des renseignements sur leurs problèmes de santé en fonction de l'utilisation de leurs garanties, comme les demandes de remboursement des médicaments. Ils aimeraient surtout recevoir des renseignements sur leurs médicaments (52 %), des recommandations de professionnels de la santé ou de spécialistes locaux (51 %) et des conseils sur la prise en charge de leurs maladies (47 %). De même, 64 % des promoteurs de régime souhaiteraient que leur assureur transmette des renseignements ciblés aux membres du régime qui y consentent.

Le rapport du sondage comporte finalement 10 appels à l'action à l'intention des promoteurs de régime et des fournisseurs de garanties. Il s'agit d'un sommaire des observations du sondage et du point de vue des experts du conseil consultatif du sondage.

Pour en savoir plus et lire le rapport, visitez <http://www.sanofi.ca//ca/fr/layout.jsp?cnt=0FECBF05-331A-4E65-9958-35F821911F0D>.

CHEZ VOUS ET AILLEURS... *Des événements à ne pas manquer*

Halifax Benefits Summit

Le 20 septembre 2018, hôtel Delta d'Halifax, Halifax (Nouvelle-Écosse)

https://www.benefitscanada.com/conferences/halifax-benefits-summit?oft_id=33864047&oft_k=aSNGkMVU&oft_lk=l8TpwL&oft_d=636662153191900000

Marilyn Jung, analyste de la stratégie pharmaceutique chez GSC, y parlera des biosimilaires et des données probantes à l'appui des programmes de transition des patients.

GAGNANT DU TIRAGE D'UN FITBIT

Toutes nos félicitations à **J. NOREJKO, ST. ANNS (ONTARIO)**, gagnant de notre tirage mensuel d'un Fitbit.
Dans le cadre de ce concours, le nom d'un membre sera tiré au sort parmi les membres du régime qui se sont inscrits aux Services en ligne des membres du régime.

Windsor	1.800.265.5615	Vancouver	1.800.665.1494
London	1.800.265.4429	Montréal	1.855.789.9214
Toronto	1.800.268.6613	Atlantique	1.844.666.0667
Calgary	1.888.962.8533	Service à la clientèle	1.888.711.1119



greenshield.ca