

GESTION DES médicaments

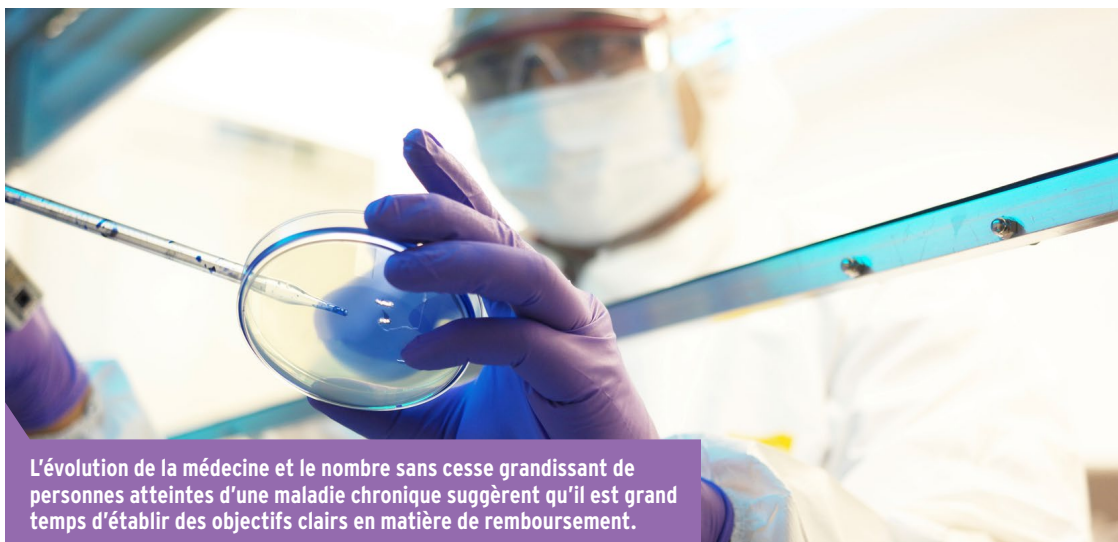
ASSURER LA BONNE SANTÉ DES PARTICIPANTS ET LA RENTABILITÉ DES RÉGIMES

À PROPOS DE...

Les numéros sur la gestion des médicaments sont une série de formations qui se penchent de plus près sur l'optimisation des régimes d'assurance médicaments et qui traitent entre autres d'approches visant à assurer la bonne santé des participants et la rentabilité des régimes.

Les médicaments de spécialité peuvent considérablement améliorer l'état de santé des participants, mais ils peuvent également avoir un impact important sur les budgets consacrés aux régimes privés d'assurance médicaments. Étant donné l'augmentation du nombre de médicaments de spécialité offerts sur le marché pour traiter un nombre grandissant de personnes atteintes d'une maladie chronique, le juste équilibre entre un accès aux médicaments et un remboursement adéquat de ceux-ci est nécessaire. Par l'intermédiaire de leurs programmes d'aide aux patients, les sociétés pharmaceutiques tentent de favoriser l'atteinte de ce juste équilibre en veillant à ce que les patients qui ont vraiment besoin de cette médication soient traités conformément aux lignes directrices canadiennes en matière de pratique clinique, en favorisant l'observance thérapeutique et en aidant les patients relativement aux options de remboursements offertes.

Le présent numéro de la série vise à stimuler la discussion au sujet des changements apportés à la conception des régimes d'assurance médicaments afin de mieux comprendre les médicaments de spécialité. De plus, cela pourra aider la façon dont les conseillers et les assureurs peuvent aider les promoteurs à établir et à évaluer les objectifs de leur régime d'assurance médicaments.



L'évolution de la médecine et le nombre sans cesse grandissant de personnes atteintes d'une maladie chronique suggèrent qu'il est grand temps d'établir des objectifs clairs en matière de remboursement.

Un nouveau monde

Votre régime d'assurance médicaments suit-il le rythme?

Les scientifiques cartographient présentement le génome humain, permettant aux chercheurs des sociétés pharmaceutiques d'explorer de toutes nouvelles avenues pour mettre au point des médicaments novateurs, tels que des produits biologiques, dont les résultats sont sans précédent d'un point de vue clinique. Par exemple, des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde ne sont plus contraintes à des périodes d'invalidité. De plus, il est possible de guérir les personnes atteintes de l'hépatite C. Les personnes dont le taux de « mauvais » cholestérol est élevé peuvent diminuer ce taux et ainsi réduire le risque qu'ils courent de subir ou avoir une crise cardiaque.

Sans l'ombre d'un doute, la médecine moderne traverse une époque pour le moins excitante. Une importante question doit toutefois être soulevée. Comment

« Certaines stratégies permettent d'atténuer l'impact financier des médicaments de spécialité sur les régimes de soins de santé financés par les employeurs, mais il est nécessaire d'évaluer l'effet de telles stratégies sur l'accès à ces médicaments. »

Specialty Medications: Background Information for Employers (Les avantages des médicaments spécialisés : du point de vue de l'employeur). Le Conference Board du Canada. Juillet 2016 (septembre 2016 pour la version française).

pouvons-nous assurer le remboursement des médicaments dans un tel contexte? Il n'y a aucune réponse simple à cette question et les spécialistes en gestion du changement décriraient probablement la dernière décennie et celle à venir comme étant une période de transition particulièrement complexe entre deux environnements financiers distincts.

PRÉSENTÉ PAR



INSTITUTE FOR
**OPTIMIZING
HEALTH
OUTCOMES**

L'Institute for Optimizing Health Outcomes réunit les individus et les organismes ayant la volonté, l'expérience et l'expertise pour concrétiser la vision associée à l'optimisation de la santé.

L'organisme agit à titre de catalyseur et de facilitateur en ce qui concerne les programmes de soins axés sur le patient, l'éducation, la recherche et la promotion de l'amélioration des soins, des traitements et du soutien pour toutes les personnes aux prises avec des problèmes de santé, ou susceptibles d'en avoir.

Par exemple, le programme à l'intention des professionnels de santé intitulé *Coaching for Health Management* fait la promotion de l'autogestion par les patients en mettant l'accent sur les meilleures pratiques fondées sur des données probantes et visant à favoriser un changement de comportement à l'égard de la santé.

www.optimizinghealth.org

Pendant cette période charnière, les lacunes dans les processus sont autant d'obstacles à surmonter, tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Les fournisseurs mettent également de l'avant des stratégies possibles, mais celles-ci ne se traduiront pas toutes en des solutions durables.

Qu'est-ce que tout cela signifie pour les régimes privés d'assurance médicaments? Est-ce que les promoteurs disposent des bons renseignements pour prendre des décisions éclairées au sujet de la conception, de la gestion et de l'évaluation de leur régime d'assurance médicaments tout en assurant un accès adéquat aux médicaments de spécialité plus coûteux? Voici quelques éléments de réflexion à prendre en considération.

Regardons d'abord dans le rétroviseur

L'ensemble des dépenses liées aux assurances collectives a augmenté pour s'établir à 6 % de la masse salariale, soit 4 745 \$ en moyenne annuellement, et l'assurance médicaments représente la plus grosse partie de cette somme¹. Est-ce qu'il y a suffisamment d'attention portée à la gestion, à l'évaluation et à la planification des régimes d'assurance médicaments? Ces éléments sont-ils uniquement pris en compte au moment du renouvellement des régimes, alors que le contrôle des coûts est habituellement la principale préoccupation? Un sondage effectué auprès des promoteurs de régime sur la gestion des coûts a montré que moins de la moitié d'entre eux ont une solide compréhension des mesures les plus courantes pour restreindre les coûts².

L'évolution de la médecine et le nombre sans cesse grandissant de personnes atteintes d'une maladie chronique suggèrent qu'il est grand temps d'établir des objectifs clairs en matière de remboursement. « Les promoteurs de régime doivent prendre du recul et se demander pourquoi ils offrent ce type d'avantages sociaux, affirme Sarah Beech, présidente d'Accompass à Toronto. Leur intention est-elle d'offrir une protection à tous, en toutes circonstances? Veulent-ils éviter que les employées aient de graves difficultés financières? » Une fois établis, ces principes directeurs deviennent une boussole qui guidera toutes prises de décision futures.

Être bien conseillé

Est-ce que les conseillers ou les courtiers en avantages sociaux émettent des recommandations qui tiennent compte des objectifs de leurs clients en matière d'assurance médicaments?

Envisagez par exemple un régime d'assurance médicaments plafonné. Qu'arrive-t-il si un participant dépasse la limite imposée? Certains conseillers ont beau prétendre que

les régimes publics d'assurance médicaments prennent la relève, mais ce n'est pas toujours le cas. « Le principal problème avec les régimes plafonnés est que les médicaments que l'on croit être remboursés par un autre régime, par exemple le régime provincial, ne le sont pas », avance Dave Patriarche, courtier pour Mainstay Insurance Brokerage à Toronto. L'effet qu'une telle situation peut avoir sur le moral du personnel et la productivité générale est non négligeable, surtout si l'employé touché occupe un poste important au sein de l'entreprise. Les plafonds prévus par les régimes d'assurance médicaments peuvent également limiter l'accès à d'importantes innovations médicales. « Établir un plafond, c'est tracer une ligne infranchissable; de l'autre côté de cette ligne, le monde évolue à une vitesse inimaginable. De nouveaux médicaments, certains pouvant même mener à la guérison, seront offerts et auront la possibilité d'améliorer le rendement des employés et de réduire le nombre de demandes de prestations d'invalidité », souligne Dave Patriarche.

Questions aux assureurs

Les promoteurs de régime et leurs conseillers auraient également avantage à s'intéresser à la façon dont les médicaments de spécialité sont pris en charge par les assureurs. « Nous souhaitons que les assureurs aident à maintenir les coûts en offrant aux clients différentes options, mais nous ne voulons pas qu'ils prennent les décisions. Les assureurs n'acquiescent pas les demandes de règlement, mais ils imposent tout de même des règles et changent les contrats sans autorisation », fait également observer Dave Patriarche. Les programmes de gestion des coûts de certains assureurs ont soulevé de nombreuses questions sur l'étendue du pouvoir des assureurs de prendre des décisions à l'égard du remboursement (voire du non-remboursement) de médicaments dans le cadre de régimes dont la liste de médicaments est « ouverte ».

Alors que les fournisseurs continuent d'explorer différentes solutions, les questions qui suivent méritent d'être soulevées :

Comment les assureurs harmonisent-ils leur offre à celle des régimes publics? « Au Canada, chaque province offre un régime public d'assurance médicaments; certains de ces régimes sont universels tandis que d'autres s'appliquent seulement aux situations exceptionnelles ou à certaines maladies en particulier, explique Le Conference Board du Canada. Les employeurs devraient veiller à ce que leur régime d'avantages sociaux soit conçu en tenant compte de la couverture offerte par

le régime public et à coordonner les demandes de règlement avec celui-ci, s'il y a lieu³. »

« En assurant une coordination efficace des demandes de règlement, un plus grand nombre de celles-ci pourraient être acquittées en premier recours par le régime provincial. Les régimes privés rembourseraient alors seulement ce qui n'est pas couvert par le gouvernement », ajoute Dave Patriarche.

Comment les assureurs veillent-ils à l'accès aux médicaments de spécialité plus coûteux?

Durhane Wong-Rieger, présidente et chef de la direction de l'Institute for Optimizing Health Outcomes, plaide en faveur d'une amélioration du processus d'autorisation préalable. « Demander à un patient de démontrer qu'il ne répond pas aux traitements antérieurs moins coûteux, c'est presque un crime, d'autant plus que dans la plupart des cas, le médecin traitant sait déjà que le patient devrait prendre un produit biologique, affirme-t-elle. Cette approche peut retarder la prise du médicament de spécialité pendant des mois voire des années, période au cours de laquelle l'état de santé du patient s'aggrave. » Les tests de dépistage rendus possibles par les avancées en pharmacogénomique peuvent s'avérer utiles pour certaines maladies et peuvent être intégrés dans les programmes d'autorisation préalable.

Qu'en est-il de la surveillance des patients? Certains assureurs offrent des services de gestion de cas. Quels sont les résultats obtenus dans le cadre de tels services?

Comment le soutien offert est-il adapté aux besoins du patient? Comment ces services de gestion de cas sont-ils harmonisés avec les programmes d'aide aux patients offerts par les sociétés pharmaceutiques? « Les traitements deviennent de plus en plus personnalisés et il faut donc changer le système en conséquence, ajoute Durhane Wong-Rieger. Le meilleur scénario envisageable serait qu'un conseiller veillant aux intérêts des patients siège aux comités décisionnels mis en place par les assureurs afin d'aider à établir les mesures relatives à l'accès et à la surveillance, y compris les mécanismes permettant aux patients de donner leur opinion. »

RÉFÉRENCES

1. Benefits Benchmarking 2015 (Étude comparative des avantages sociaux en 2015). Le Conference Board du Canada, Octobre 2015, p. 81.
2. Introspection : Évaluer le soutien du milieu de travail en matière de gestion de la santé. Sondage Sanofi Canada sur les soins de santé, 2016, p. 9.
3. Specialty Medications: Background Information for Employers (Les avantages des médicaments spécialisés : du point de vue de l'employeur). Le Conference Board du Canada, Juillet 2016 (septembre 2016 pour la version française).
4. Robinson J, Farnier M, Krempf M et coll. Efficacy and safety of alirocumab in reducing lipids and cardiovascular events. *N Engl J Med* 2015 April; 372(16):1489-1499.
5. Kastelein J, Ginsberg H, Langslet G et coll. ODYSSEY FHI and FHI: 78 week results with alirocumab treatment in 735 patients with heterozygous familial hypercholesterolaemia. *Eur Heart J* 2015 September; 36:2996-3003 (doi:10.1093/eurheartj/ehv370).

Une nouvelle option pour les personnes présentant un risque élevé de maladie cardiaque

Une nouvelle classe de produits biologiques obtient d'impressionnants résultats auprès des patients dont le taux de cholestérol ne peut être maîtrisé au moyen d'un traitement standard. Ces médicaments novateurs ravivent le débat sur le remboursement des médicaments de spécialité plus coûteux.

Le coût des inhibiteurs de la PCSK9 (proprotéine convertase subtilisine/kexine de type 9) s'élève à environ 7 000 \$ par année. Il s'agit toutefois de la première classe de produits biologiques à s'attaquer à une maladie chronique très répandue : l'hyperlipidémie (maladie caractérisée par un taux élevé de cholestérol).

Ces médicaments ne sont toutefois pas destinés à tous les patients et ils ne sont pas des traitements de première ligne. Selon les lignes directrices 2016 en matière de pratique clinique, les inhibiteurs de la PCSK9 sont destinés aux personnes atteintes d'une anomalie génétique appelée hypercholestérolémie familiale hétérozygote et aux patients atteints d'une maladie vasculaire athéroscléreuse cliniquement manifeste (les personnes atteintes d'une maladie cardiaque, par exemple celles ayant eu une crise cardiaque). Chez les personnes décrites ci-dessus, les inhibiteurs de la PCSK9 sont également limités à celles dont le taux de cholestérol ne peut être diminué à une valeur considérée comme étant « saine » au moyen d'un traitement de première ligne (une statine) à la dose maximale, d'un régime alimentaire et de l'exercice. Le Programme commun d'évaluation des médicaments (PEM) a récemment recommandé que PRALUENT^{MC}, un inhibiteur de la PCSK9, soit remboursé pour les patients atteints d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote et pour ceux atteints d'une maladie vasculaire athéroscléreuse cliniquement manifeste.

La façon dont cette recommandation doit être mise en pratique est la principale question dont débattent les payeurs publics et privés. De leur côté, les sociétés pharmaceutiques Sanofi et Regeneron ont indiqué que dans le cadre de leur programme d'aide aux patients, un processus de sélection a été mis en place afin d'assurer que les patients répondent aux critères d'utilisation.

D'un point de vue clinique, les résultats obtenus par ces médicaments sont impressionnants. De nombreuses études ont montré que les inhibiteurs de la PCSK9 diminuaient le taux de « mauvais » cholestérol de l'ordre de 50 à 70 % et permettent ainsi d'atteindre des valeurs qui sont dans les limites de la normale^{4,5}. Au cours d'études cliniques d'envergure, de nombreux inhibiteurs de la PCSK9 ont également entraîné une réduction importante de la mortalité (toute cause confondue) et du taux d'infarctus du myocarde (crise cardiaque).