



**GARDEZ À L'ŒIL**

**RÉGIMES D'ASSURANCE  
POUR LES SOINS DE LA VUE AU CANADA  
ET ARGUMENTS EN FAVEUR  
D'UNE RÉFORME**

**GARDEZ A L'ŒIL**

*les soins de la vue*

## TABLE DES MATIÈRES

Sommaire.....	3
Introduction.....	7
<b>Régimes d'assurance pour les soins de la vue au Canada.....</b>	<b>7</b>
Dépenses liées aux régimes d'assurance pour les soins de la vue.....	8
Conception actuelle du plan.....	9
<b>Les arguments en faveur de la réforme des régimes d'assurance pour les soins de la vue.....</b>	<b>13</b>
Améliorer la satisfaction des participants au régime et des promoteurs.....	13
Réduire les dépenses élevées que les participants paient de leur propre poche.....	13
Études de cas.....	15
Réduire les coûts d'une mauvaise vision pour les promoteurs du régime.....	17
<b>Conclusions.....</b>	<b>18</b>
<b>Recommandations.....</b>	<b>20</b>
<b>Références.....</b>	<b>21</b>
<b>Glossaire des termes.....</b>	<b>22</b>

---

Ce rapport, commandé par l'Association canadienne des optométristes (ACO), a été réalisé et présenté de façon indépendante par PDCI Market Access avec l'appui de Connex Health.

## SOMMAIRE

**Contexte :** Au Canada, les dépenses en soins de la vue représentent 5,9 % de toutes les dépenses privées en soins de santé<sup>3</sup>. Alors que trois Canadiens assurés en vertu d'un régime privé d'assurance collective sur quatre bénéficient d'une certaine couverture des soins de la vue, les participants à un régime paient la majeure partie des frais de soins de la vue de leur poche<sup>3</sup>. Cela entraîne un niveau élevé d'insatisfaction à l'égard des régimes d'assurance pour les soins de la vue au Canada et une utilisation sous-optimale des services de soins de la vue qui peuvent permettre de préserver la vision et contribuer à l'amélioration des résultats pour la santé des Canadiens.

**Objectifs :** L'Association canadienne des optométristes (ACO), qui représente 85 % des optométristes à l'échelle du pays, est la voix nationale de l'optométrie et se voue, par la collaboration et en partenariat avec tous les Canadiens, à l'avancement des soins oculaires primaires de la plus haute qualité grâce à la promotion de la vision optimale et de la santé oculaire<sup>5</sup>. Au printemps 2019, l'ACO a commandé à PDCI un rapport sur les régimes d'assurance pour les examens et les soins de la vue offerts à la main-d'œuvre canadienne par l'entremise de l'industrie de l'assurance. PDCI a collaboré avec l'ACO, les chefs de file de l'optométrie et les intervenants de l'industrie de l'assurance pour :

1. Faire rapport sur l'état actuel des prestations pour soins de la vue au Canada : déterminer les écarts entre les normes de soins et les régimes offerts, et comprendre pourquoi ces écarts existent;
2. Recommander un plan d'action pour moderniser les plans de soins de la vue afin d'optimiser les ressources pour les participants à un régime et les promoteurs.

**Méthodes :** PDCI a réalisé cette recherche entre mars et mai 2019. Les méthodes comprenaient des recherches quantitatives et qualitatives sur le marché des payeurs privés, y compris des discussions avec les assureurs (payeurs), les conseillers en régimes (conseillers en avantages sociaux et courtiers d'assurance) et les promoteurs de régimes (employeurs, associations de l'industrie et régimes en fiducie).

**Résultats :** Les recherches indiquent qu'il y a des lacunes notables dans la couverture des soins de la vue. Fait notable, peu de plans couvrent de nouveaux services de diagnostic et de nouvelles interventions (qui peuvent préserver la vision et également améliorer d'autres résultats de santé), beaucoup offrent des niveaux de prestations inadéquats (en particulier pour les bénéficiaires dont les besoins sont plus élevés), et la plupart reflètent une compréhension désuète des pratiques exemplaires en soins de la vue. Ces lacunes dans la couverture ont persisté en grande partie en raison de préoccupations liées à d'autres pressions sur les coûts des régimes d'avantages sociaux collectifs, et ont entraîné une insatisfaction mesurable à l'égard des régimes d'assurance pour les soins de la vue de la part des participants et des promoteurs des régimes.

En résumé, il y a deux principaux obstacles à l'accès des Canadiens à des soins de la vue qui sont conformes à la norme de soins :

1. **Les soins de la vue sont nettement sous-financés** par les promoteurs de régime comparativement aux autres services de santé complémentaires assurés par le secteur privé. Par conséquent, le fardeau que doivent assumer les Canadiens pour avoir accès aux soins de la vue est beaucoup plus lourd que pour les autres services professionnels de santé.
  - a. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), en 2016, les Canadiens ont payé 74 % des dépenses privées en soins de la vue de leur poche, contre 37 % pour les médicaments et 44 % pour les soins dentaires<sup>3</sup>. Étant donné que le coût est un facteur dont tiennent compte 71 % des Canadiens lorsqu'ils décident d'avoir accès à des soins de la vue<sup>6</sup>, le fardeau financier élevé peut faire en sorte que de nombreux Canadiens renoncent aux soins de routine et préventifs qui assureraient leur santé oculovisuelle et préserveraient leur vision.
  - b. La plupart des régimes de soins de la vue permettent le remboursement d'une liste limitée de services couverts dans les limites des prestations maximales prescrites une fois tous les 24 mois. Comme le besoin de services de soins de la vue peut varier considérablement d'un participant au régime à un autre, les normes actuelles de conception du régime de soins de la vue exposent certains participants au risque d'avoir à payer des sommes importantes de leur poche et à engager des dépenses imprévues, particulièrement ceux qui ont des besoins supplémentaires en raison d'une baisse de l'acuité visuelle ou de maladies chroniques. Confrontés à des frais importants, les participants à un régime qui ont le plus besoin de services de soins de la vue peuvent faire face à des difficultés financières croissantes ou choisir de renoncer aux examens nécessaires et aux changements apportés aux ordonnances.
2. **Les régimes d'assurance pour les soins de la vue sont désuets et ne répondent pas aux besoins de la main-d'œuvre d'aujourd'hui.** La plupart des régimes privés d'assurance-médicaments au Canada n'ont pas suivi le rythme des progrès cliniques importants et rentables en matière de modalités optométriques, de diagnostics, de traitements et d'interventions qui peuvent améliorer les résultats pour la santé, permettre de préserver la vision et de retarder l'apparition d'autres affections ou de les diagnostiquer plus tôt. Les progrès réalisés dans les services cliniques de soins de la vue signifient qu'il est possible de diagnostiquer et de traiter les problèmes oculovisuels beaucoup plus tôt, et d'ainsi éviter la perte de vision. Les troubles de la vue en milieu de travail deviendront de plus en plus répandus à mesure que notre main-d'œuvre vieillit et que l'utilisation des écrans occupe une plus grande part de notre journée de travail. Cette population vieillissante a de plus en plus besoin de soins de la vue, car 80 % des personnes âgées de plus de 50 ans ont besoin d'une certaine forme de correction de la vision, comparativement à seulement 57 % de la population âgée de plus de 20 ans. De plus, la prévalence de maladies chroniques qui peuvent avoir une incidence sur la santé visuelle (p. ex., diabète de type 2) continue d'augmenter au sein de la population active vieillissante du Canada. Les régimes qui ne prévoient pas de couverture pour

les soins avancés donnent aux participants à un régime un accès sous-optimal aux soins de la vue ou obligent les participants à payer de leur poche des coûts élevés pour obtenir des services conformes à la norme de soins, alors que les promoteurs des régimes doivent assumer des coûts directs et indirects plus élevés que nécessaire, y compris la perte de productivité, le présentéisme et les taux plus élevés d'incapacité.

**Discussion :** Les intervenants interrogés dans le cadre de cette recherche ont laissé entendre que si les régimes d'assurance pour les soins de la vue n'ont pas changé au fil du temps, c'est en grande partie en raison de la préoccupation des promoteurs des régimes à l'égard de la limitation des coûts parmi d'autres catégories de prestations, comme les médicaments, les soins dentaires et l'invalidité. Toutefois, cette recherche révèle qu'il est important de ne pas perdre de vue le rôle que les régimes d'assurance pour les soins de la vue peuvent jouer en offrant de la valeur tant aux participants à un régime qu'aux promoteurs des régimes et qu'il serait très utile de moderniser les avantages des soins de la vue, notamment :

**1. Amélioration de la satisfaction et du maintien en poste des employés :**

Les participants à un régime accordent une grande valeur aux prestations pour les soins de la vue et sont insatisfaits de leurs prestations actuelles. Seulement 15 % des Canadiens se disent satisfaits de leur régime d'assurance pour les soins de la vue et 21 % le décrivent comme « médiocre » ou « très médiocre »<sup>1</sup>. Les participants à un régime qui ont besoin de services de soins de la vue et de traitements pour préserver leur santé oculovisuelle doivent se voir offrir un niveau de service raisonnable. La réduction de la couverture des soins de la vue par rapport au coût des autres avantages va à l'encontre des intentions des régimes privés d'assurance-maladie de prévenir et de traiter les problèmes de santé et de maintenir un effectif satisfait, engagé et productif. Le fardeau croissant des coûts imposés aux participants à un régime d'assurance pour les soins de la vue devrait être au centre des préoccupations des promoteurs des régimes.

- 2. Optimisation des ressources pour les prestations de soins de la vue :** D'une part, les promoteurs des régimes font souvent valoir que les participants à un régime peuvent utiliser les prestations pour montures et lentilles de façon discrétionnaire pour l'achat de montures à la mode et à prix plus élevé afin de maximiser leurs avantages. D'un autre côté, les promoteurs des régimes de soins de la vue médiocres voient les demandes augmenter dans d'autres catégories de prestations et, de façon indirecte, en raison de la baisse de la productivité, du présentéisme, de l'absentéisme et des enjeux de santé mentale. L'Institut national canadien pour les aveugles estime que les coûts de productivité liés à la perte de vision représentent 4,4 milliards de dollars par année pour l'économie<sup>7</sup>, et en 2016, on a estimé que près d'un million de Canadiens ont manqué leur travail ou leurs études à cause de problèmes de vision<sup>8</sup>. Il est possible d'atténuer les coûts directs et indirects associés à une mauvaise vision pour le promoteur du régime en veillant à ce que les participants à un régime aient accès à des services de soins de la vue conformes à la norme de soins la plus récente, mais les régimes d'assurance pour les soins de la vue ne couvrent souvent que des services inférieurs à la norme de soins. La modernisation de la conception des régimes peut tenir compte des deux scénarios ci-dessus afin d'optimiser la valeur des régimes d'assurance pour les soins de la vue pour les participants et le promoteur.

**Recommandations :** Cette recherche met en lumière des possibilités pour les promoteurs de régimes, les assureurs et les conseillers de collaborer avec l'ACO pour apprendre comment les normes de pratique clinique en soins de la vue ont changé au cours des dernières années et comment moderniser les régimes d'assurance pour les soins de la vue afin d'en optimiser la valeur pour les participants et les promoteurs.

Les assureurs devraient collaborer avec l'Association canadienne des optométristes pour élaborer un nouveau cadre de couverture et de remboursement des prestations de soins de la vue, en tenant compte des facteurs suivants :

1. La nécessité d'élaborer des normes sur les prestations de soins de la vue qui répartissent les soins de la vue dans les catégories suivantes :
  - Examens courants complets
  - Diagnostics et interventions
  - Montures et lentilles
  - Autres avantages médicalement indiqués (p. ex., examens plus fréquents et mises à jour des lentilles correctrices, diagnostics et interventions supplémentaires) pour les patients qui présentent certains facteurs de risque ou certaines affections (p. ex., stade de la vie, comorbidités, maladies chroniques, etc.)
2. Options de conception du régime de soins de la vue qui entraînent des changements minimes, s'il y a lieu, des primes.

Les promoteurs des régimes devraient examiner leurs régimes d'assurance dans le contexte des plus récents guides de pratique clinique fondés sur des données probantes et les recommandations de l'Association canadienne des optométristes, et mettre en œuvre un régime d'assurance pour les soins de la vue qui non seulement permet, mais encourage les participants à :

1. Passer des examens oculaires complets de routine à une fréquence conforme aux recommandations de l'ACO pour leur âge et leurs facteurs de risque dans les provinces sans couverture publique (cela signifie à la fois autoriser les examens à la fréquence appropriée et rembourser les examens au niveau de frais raisonnables et habituels dans chaque province afin d'éliminer ou de réduire considérablement les frais à la charge des participants à un régime).
2. Avoir recours à des diagnostics et à des interventions supplémentaires à des montants raisonnables et habituels au moins tous les 24 mois.
3. Modifier les plans pour inclure la couverture d'examens, de diagnostics, d'interventions et de soins de la vue supplémentaires pour les montures et les lentilles à l'intérieur d'un délai de vingt-quatre mois lorsqu'ils sont médicalement indiqués en fonction de critères clairement identifiables.
4. Fournir des montures et des lentilles tout en envisageant la mise en œuvre de la coassurance afin que les membres paient une partie de la totalité des frais. Ainsi, ceux qui en ont le plus besoin reçoivent un pourcentage global de remboursement plus élevé.

Reconnaissant que l'introduction d'un changement fondamental à la conception des avantages sociaux en matière de soins de la vue sera difficile, l'Association canadienne des optométristes et ses partenaires provinciaux, en collaboration avec PDCl, ont préparé un Guide de pratiques exemplaires sur les prestations de soins de la vue. On demandera à un certain nombre

d'intervenants de l'industrie de faire part de leurs commentaires sur l'ébauche de ce guide avant sa publication au printemps 2020. L'Association accueille favorablement le dialogue et les commentaires de tous les intervenants sur cet effort entrepris afin de faciliter une réforme fondamentale du paysage des soins de la vue au Canada.

## INTRODUCTION

La santé oculovisuelle et les soins de la vue sont d'importants besoins en soins de santé au Canada. Au cours des dix ans à venir, on s'attend à ce que la perte de vision qui est, on le comprend, le handicap le plus redouté par les Canadiens, augmente de près de 30 %, en partie à cause du vieillissement de la population<sup>9</sup>. Les employeurs devraient également s'inquiéter des faits suivants : Les pertes de vision ont coûté à l'économie canadienne environ 19,1 milliards de dollars par année en 2007<sup>10</sup>, et ce chiffre pourrait atteindre 30 milliards de dollars par année d'ici 2030<sup>11</sup>. C'est le problème qui engendre le plus de coûts directs en soins de santé au Canada.

En dépit de ces projections, les progrès réalisés dans le domaine des diagnostics et des interventions en soins de la vue modifient positivement le pronostic et l'issue clinique des affections qui nuisent à la vision. Depuis que Herman Snellen a mis au point le tableau optométrique en 1862, des avancées technologiques révolutionnaires ont permis aux optométristes d'avoir une compréhension plus complète de l'œil et du système visuel, permettant des diagnostics détaillés et la fourniture de soins plus adaptés aux patients, élevant le niveau des soins de la vue bien au-delà des prescriptions de lunettes, pour inclure un traitement amélioré de maladies comme la rétinopathie diabétique, le glaucome, la dégénérescence maculaire liée à l'âge et la sécheresse oculaire. Grâce à des mesures de dépistage et de correction adéquates, la plupart des déficiences, y compris la perte de vision, peuvent être prévenues, retardées ou mieux prises en charge que par le passé. La réalisation de ces résultats positifs repose cependant sur la capacité des patients d'avoir accès à cette norme de soins.

Ce rapport examine le paysage actuel des avantages collectifs privés pour les soins de la vue et cerne les écarts entre les avantages offerts et la norme de soins et les possibilités pour le marché d'accroître la valeur des régimes d'assurance pour les soins de la vue pour les participants à un régime et les promoteurs des régimes en 2020 et au-delà.

## RÉGIMES D'ASSURANCE POUR LES SOINS DE LA VUE AU CANADA

Les assurances pour les soins de la vue sont une composante de base de longue date très appréciée de la plupart des régimes d'assurance-maladie complémentaire. Lorsqu'ils ont été présentés pour la première fois, les régimes de soins de la vue devaient couvrir un examen de base de la vue ainsi que des lentilles et des montures correctrices. Toutefois, les plafonds n'ont pas été régulièrement ajustés (et dans certains cas sont restés les mêmes depuis dix ans ou plus), ce qui ne tient pas compte des changements fondamentaux apportés aux normes de

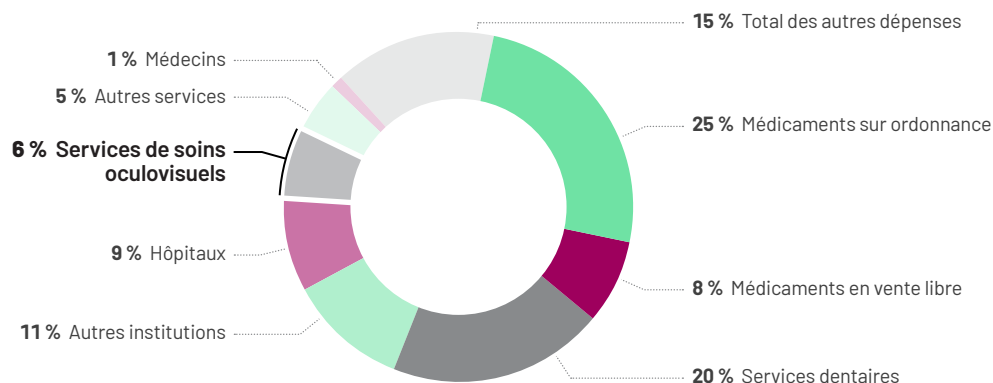


soins ni des mises à jour des frais raisonnables et habituels à travers le pays pour les services de soins de la vue et donc entrave la capacité des participants à un régime et des promoteurs à optimiser la valeur des régimes d'assurance pour les soins de la vue au Canada.

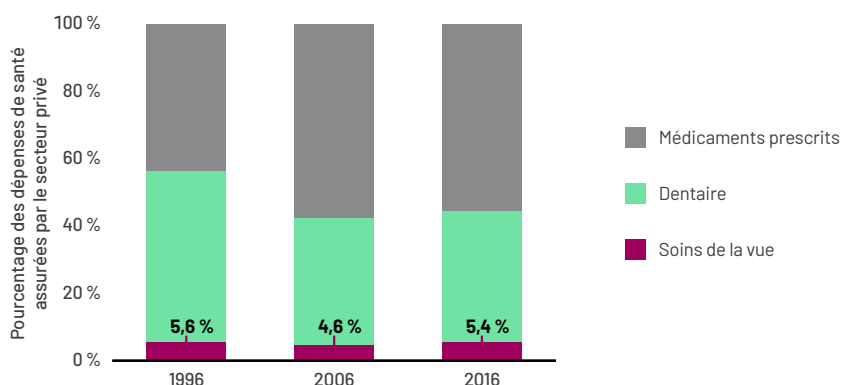
### DÉPENSES LIÉES AUX RÉGIMES D'ASSURANCE POUR LES SOINS DE LA VUE

Les produits d'assurance-maladie complémentaire sont souvent décrits avec les composantes de base standard « médicaments, soins de la vue et soins dentaires ». Comme de 57 % à 80 % des participants à un régime ont besoin de lentilles correctrices, les prestations pour soins de la vue sont largement utilisées. Toutefois, en tant que part des dépenses de soins de santé privés, le coût total des soins de la vue est beaucoup moins élevé que pour les autres catégories de dépenses, comme les médicaments d'ordonnance (25 %) et les services dentaires (20 %), comme le montre la Figure 1.

**Figure 1 : Part des dépenses privées de santé, 2019<sup>12</sup>**

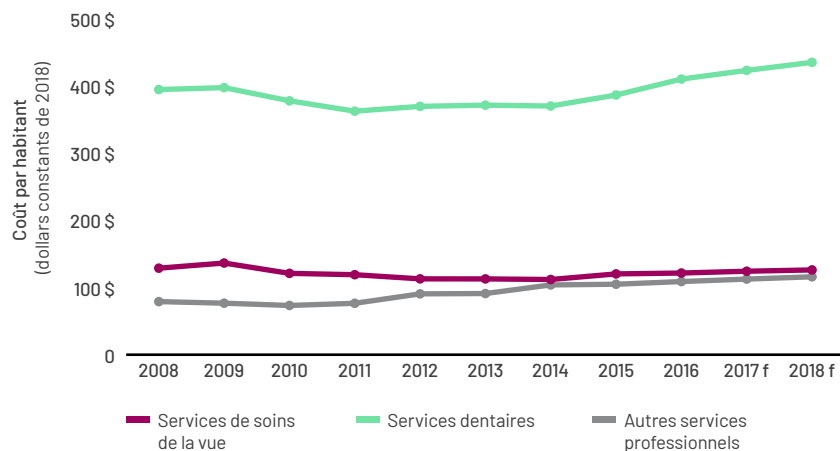


**Figure 2 : Dépenses en assurance privée par composante de base<sup>3</sup>**





**Figure 3 : Coût par habitant pour les services de soins de la vue, dentaires et les autres services professionnels, 2008-2018<sup>2</sup>**



En outre, la proportion des dépenses de soins de santé privés que représentent les dépenses pour soins de la vue est demeurée relativement constante au fil du temps. Comme on peut le voir à la Figure 2, les soins de la vue sont un avantage beaucoup moins coûteux que les médicaments et les soins dentaires pour les promoteurs de régimes, et ne représentent que 5 % des dépenses d'assurance-maladie privée parmi les trois composantes de base<sup>3</sup>.

L'analyse historique des dépenses du secteur privé en soins de la vue effectuée par l'ICIS montre un sommet en 1997, alors que 8,4 % des dépenses du secteur privé étaient consacrées aux soins de la vue. Les soins de la vue représentaient entre 7 % et 8 % des dépenses du secteur privé au cours des dix années qui ont suivi, avant de tomber à 6 % au cours de périodes plus récentes.

De plus, au cours de la période de 10 ans comprise entre 2008 et 2018, le coût par habitant des régimes d'assurance pour les soins de la vue est demeuré relativement constant, comme le montre la Figure 3, alors que les dépenses pour les services dentaires et les autres services professionnels ont augmenté. En 2018, les coûts par habitant pour les soins dentaires, les soins de la vue et d'autres services professionnels étaient estimés à 434 \$, 116 \$ et 116 \$ respectivement<sup>12</sup>. Par habitant, seulement 28 \$ en soins de la vue proviennent du remboursement de l'assurance-maladie privée, tandis que le reste est à la charge des participants à un régime. Compte tenu des coûts considérables que représentent les soins de la vue, l'assurance privée pour les soins de la vue n'a pas suivi le rythme du remboursement des autres services de santé privés



**ICIS 2018 : À seulement 6 % du total des dépenses privées en santé, les dépenses en soins de la vue sont à leur plus bas niveau depuis 1975.**

### CONCEPTION ACTUELLE DU PLAN

Aujourd'hui, plus de 150 compagnies d'assurance-vie et d'assurance-maladie exercent leurs activités partout au Canada et assurent divers niveaux de couverture à 25 millions de Canadiens. Trois grandes compagnies nationales d'assurance collective gèrent collectivement environ 60 % de toutes les vies assurées<sup>2, 13</sup>.

Les régimes privés d'assurance-maladie complémentaire offrent diverses combinaisons de remboursement des soins de la vue pour les dépenses admissibles. Dans la plupart des cas, les couvertures d'assurance pour les soins de la vue sont limitées à un seul remboursement maximal d'un montant allant de 100 \$ à 500 \$ tous les 24 mois pour les adultes. Les données d'un grand payeur canadien montrent que ses régimes couvrent le plus souvent un maximum de 200 \$ à 250 \$ (39 %), 10 % des régimes offrent des prestations de soins de la vue illimitées et 13 % ne couvrent pas du tout les services de soins de la vue<sup>14</sup>.

Dans la plupart des cas, les régimes ne remboursent les frais d'examen de la vue qu'une seule fois par période de 24 mois, et souvent à un montant maximal bien inférieur aux frais habituels et raisonnables pour les services d'examen de la vue. Les examens et diagnostics avancés, lorsqu'ils sont admissibles au remboursement, sont souvent remboursés dans le cadre de la prestation d'examen standard maximum ou dans le cadre de la prestation globale maximum de soins de la vue, ce qui signifie que l'accès aux outils de diagnostic plus récents est extrêmement limité, et généralement payé de la poche du patient si et quand ils sont effectués.

Récemment, certains assureurs ont essayé de limiter les coûts en utilisant des outils de référence sur le Web qui informent les participants à un régime et les guident vers les fournisseurs à moindre coût. Leur succès a été limité en raison du fait que les participants à un régime préfèrent visiter le professionnel de la santé avec lequel ils ont établi une relation et il est peu probable qu'ils changent de professionnel de la santé strictement à cause des coûts. Une telle approche diminue l'importance et la valeur de la relation patient-fournisseur de soins de la vue. Dans les recherches de PDCI, les assureurs ont mentionné les outils Web comme moyen d'améliorer les prestations de soins de la vue, mais les promoteurs des régimes et les conseillers en prestations ne l'ont pas fait.

Les recherches de PDCI suggèrent que peu de choses ont changé en ce qui concerne la couverture des prestations de soins de la vue au cours des 10 dernières années, et on n'observe que des changements modestes dans les plans de soins de la vue d'aujourd'hui comparativement à ceux d'il y a 10 ou même 20 ans. Par exemple, quelques produits d'assurance ont récemment permis que le montant maximal admissible pour les montures et les lentilles soit plutôt utilisé pour la chirurgie au laser, mais aucun changement majeur n'a été apporté aux régimes ou aux montants de couverture maximums dans la plupart des cas. Les niveaux de prestations n'ont pas fait l'objet de révisions ou d'ajustements réguliers au fil du temps, ce qui ne reflète pas les changements dans les nouvelles technologies et modalités optométriques ou les changements dans la démographie et les besoins du milieu de travail.

L'approche qui consiste à offrir des régimes d'assurance pour les soins de la vue qui remboursent un montant maximal par période de 24 mois entraîne certaines conséquences imprévues qui empêchent les participants à un régime et les promoteurs du régime d'optimiser la valeur des régimes d'assurance pour les soins de la vue. Il s'agit notamment :

- **Les patients qui doivent déboursier beaucoup d'argent peuvent retarder ou éviter la mise à jour de leurs lentilles correctrices sur ordonnance, ce qui accélère leur perte de vision.** Certains patients qui ont besoin de lentilles d'ordonnance complexes qui sont très coûteuses ou qui subissent des changements fréquents de leur vision (dans un délai de 24 mois) peuvent renoncer à des mises à jour d'ordonnance ou choisir des lentilles de moindre qualité afin de

*Bien que la plupart des plans couvrent les examens de la vue, les recherches menées par PDCI indiquent que les plans de soins de la vue qui prévoient une indemnité supplémentaire pour les nouveaux services de diagnostic et les nouvelles interventions ne sont pas la norme.*



réduire les frais qu'ils doivent payer de leur poche. Cela pourrait entraîner une perte de vision plus rapide, des prescriptions supplémentaires et des frais supplémentaires qui devront être assumés par le patient. Leur vision sous-optimale peut également avoir une incidence sur le rendement au travail, le présentéisme et la sécurité en milieu de travail, particulièrement pour les personnes qui occupent des postes critiques pour la sécurité.

- **Le modèle « utilisez-le ou perdez-le » peut entraîner des volumes de réclamations inutilement élevés pour les montures et les lentilles :** Les participants au régime peuvent choisir de mettre à jour les montures et les lentilles afin d'utiliser leur allocation de prestations même s'ils n'ont pas eu de changement d'ordonnance au cours de la période de 24 mois, car les patients ne veulent pas « perdre la prestation ».
- **Une approche des soins de la vue axée sur le patient et fondée sur les besoins médicaux de chaque participant au régime peut être entravée par un accès inégal aux examens :** Dans le cas des personnes assurées en vertu de régimes collectifs dans les provinces où il n'y a pas de couverture publique pour les examens, leur régime peut inclure les frais d'examen dans la prestation globale pour soins de la vue, avec un maximum établi tous les 24 mois. Seuls certains régimes prévoient une indemnité raisonnable et habituelle pour les examens, et ces régimes ont tendance à ne pas tenir compte des frais actuels et provinciaux. Cela peut contribuer aux dépenses importantes engagées par les patients pour avoir accès à des examens complets conformes à la norme de soins.
- **De nombreux régimes ont des niveaux de prestations insuffisants pour les diagnostics et les interventions en soins de la vue avancés médicalement indiqués.** Cela contribue à alourdir le fardeau financier des participants au régime. Ce qui est plus inquiétant, c'est que certains patients refuseront des diagnostics et des interventions importants parce qu'ils n'ont pas les moyens de payer, ce qui pourrait avoir des répercussions importantes à long terme sur leur santé oculovisuelle et leur vision.

Interrogés sur les raisons des écarts entre les prestations offertes et la norme de soins actuelle, les intervenants ont cerné les obstacles suivants à l'abandon de l'approche historique :

- **Les intervenants perçoivent les soins de la vue comme un facteur de coût dans les régimes d'avantages sociaux.** Toutefois, le fardeau financier élevé pour les participants au régime ainsi que les tendances des données sur les réclamations donnent à penser que les soins de la vue sont de plus en plus sous-financés dans les régimes d'avantages sociaux, ce qui entraîne une utilisation élevée des prestations de soins de la vue. Même avec des améliorations, les soins de la vue pourraient demeurer relativement peu coûteux dans le budget global des avantages. L'évolution des services de soins de la vue, les besoins croissants d'une main-d'œuvre vieillissante et les niveaux relativement faibles de prestations dans de nombreux régimes d'avantages sociaux contribuent à de mauvaises pratiques de soins de la vue et à de faibles taux de satisfaction chez les participants au régime qui ont des prestations de soins de la vue.
- **L'impression est qu'une amélioration de la couverture pour les soins de la vue se traduirait par des coûts supplémentaires équivalents pour le régime.** Les assurances pour les soins de la vue sont très utilisées, et les participants au régime doivent assumer d'importants frais supplémentaires. On a l'impression que chaque augmentation de



*« Chaque fois que j'ai une réunion d'employés... quand nous arrivons aux soins de la vue, je dis : "Les soins de la vue sont couverts à 100 % jusqu'à un montant maximal de 200 \$ pour une paire de lunettes et nous couvrons un examen de la vue" et il y a toujours quelqu'un qui dit : "Eh bien, ce n'est pas à 100 % - quand avez-vous eu une paire de lunettes pour 200 \$ pour la dernière fois ? " »*

**Conseiller en avantages sociaux**

la couverture entraînera une augmentation équivalente des coûts des prestations. Toutefois, de nouvelles conceptions de régimes peuvent répondre à cette préoccupation et en accroître la valeur pour les participants à un régime et les promoteurs de régimes.

- **Certains intervenants ont signalé que les promoteurs des régimes croyaient que leurs régimes d'assurance pour les soins de la vue étaient déjà assez efficaces et, dans certains cas, couvraient 100 % des coûts.** Toutefois, la couverture de 100 % des coûts, jusqu'à concurrence d'un montant maximal insuffisant, ne correspond pas à une couverture complète, comme ils l'impliquent, et mène plutôt à des déboursés directs élevés pour les patients ou à l'abandon des soins médicaux essentiels et aux faibles niveaux de satisfaction observés pour la couverture des soins de la vue. D'autres intervenants ont souligné que les allocations de dépenses en soins de santé (ADSS) sont une occasion de couvrir d'autres services de soins de la vue, mais ils représentent une solution inadéquate pour améliorer l'accès aux soins de la vue (voir la boîte de texte sur les allocations de dépenses en soins de santé pour plus d'information).
- **Les promoteurs et les conseillers du régime ont déclaré ne pas être conscients de la valeur clinique et personnelle que les services pour les soins de la vue d'aujourd'hui peuvent offrir aux participants au régime.** La plupart des régimes privés d'assurance-médicaments au Canada ne reconnaissent pas les progrès cliniques importants et rentables en matière de modalités optométriques, de diagnostics, de traitements et d'interventions qui améliorent les résultats pour la santé, permettent de préserver la vision et de retarder l'apparition d'autres affections ou de les diagnostiquer plus tôt. La grande part des dépenses directes démontre l'importance que les participants à un régime accordent à ces services de soins de la vue.

## ALLOCATIONS DE DÉPENSES EN SOINS DE SANTÉ : un outil inadéquat pour améliorer l'accès aux services de soins de la vue

Les allocations de dépenses en soins de santé (ADSS), de plus en plus populaires dans les prestations de santé, donnent aux participants au régime la possibilité d'utiliser le fonds fixe de l'ADSS pour des services de santé complémentaires supplémentaires qui dépassent ce qui est couvert par le régime du participant. Selon l'Enquête sur les soins de santé de Sanofi Canada de 2018, environ un tiers des promoteurs de régimes offrent des ADSS, et ils sont plus courants dans les grands groupes et ceux qui ont des régimes flexibles<sup>4</sup>. Les ADSS sont un mécanisme permettant aux promoteurs de régimes d'offrir aux participants à un régime une certaine souplesse dans la façon dont ils peuvent choisir de dépenser

leurs dollars de soins de santé. Pour le tiers des promoteurs de régimes offrant des ADSS, les services de soins de la vue se disputeraient un bassin fixe de fonds supplémentaires (p. ex., 100 \$ à 500 \$ tous les 12 ou 24 mois selon les recherches de PDCI) aux côtés d'autres fournisseurs et services de soins de santé complémentaires. Les ADSS à l'extrémité inférieure de cette fourchette ne seront pas suffisantes pour fournir aux participants au régime des soins de la vue de base, et encore moins un accès aux services diagnostiques avancés et aux interventions qui ont montré sur le plan clinique qu'ils permettaient de préserver et protéger la vision et ce, avec un rapport coût-efficacité favorable.

## LES ARGUMENTS EN FAVEUR DE LA RÉFORME DES RÉGIMES D'ASSURANCE POUR LES SOINS DE LA VUE

Les régimes d'assurance pour les soins de la vue sont souvent inadéquats pour répondre aux besoins des participants à un régime et des promoteurs du régime et sont souvent négligés lors du renouvellement des programmes de prestations. Elles doivent toutefois être modernisées pour répondre aux besoins en soins de la vue de la main-d'œuvre en 2020 et au-delà et pour optimiser la valeur pour les participants au régime et les promoteurs.

### AMÉLIORER LA SATISFACTION DES PARTICIPANTS AU RÉGIME ET DES PROMOTEURS

Les participants au régime accordent une grande valeur à la couverture des soins de la vue dans les régimes d'avantages sociaux collectifs, 91 % ayant déclaré que les soins de la vue sont « quelque peu » ou « très » importants dans l'Enquête sur les soins de santé de Sanofi de 2016. Toutefois, seulement 15 % des Canadiens se sont dits satisfaits de leur régime d'assurance pour les soins de la vue et 21 % l'ont qualifié de « médiocre » ou de « très médiocre »<sup>1</sup>. De plus, 21 % des participants au régime ont dit que si un seul secteur de leur régime pouvait être augmenté, ils opteraient pour une augmentation de la prestation pour soins de la vue, et ce secteur se classait au deuxième rang après les grands services dentaires<sup>15</sup>.

Les promoteurs de régime ont eux aussi déclaré que les prestations pour soins de la vue sont celles dont ils sont le plus susceptibles d'être insatisfaits (15 %)<sup>1</sup>. Les raisons les plus fréquentes de cette insatisfaction étaient les suivantes :

- Elles offrent une valeur insuffisante;
- Coûts élevés pour les participants à un régime et les promoteurs de régimes;
- Rétroaction négative des participants au régime.

Étant donné la grande importance accordée aux soins de la vue par les participants au régime et le faible niveau de satisfaction à l'égard des régimes d'assurance pour les soins de la vue chez les participants et les promoteurs, les promoteurs ont reconnu l'intérêt de revoir les régimes d'assurance pour les soins de la vue comme moyen d'améliorer la satisfaction des membres.

### RÉDUIRE LES DÉPENSES ÉLEVÉES QUE LES PARTICIPANTS PAIENT DE LEUR PROPRE POCHE

Contrairement au financement substantiel des soins dentaires et des produits pharmaceutiques par les régimes d'avantages sociaux collectifs, les fonds pour les soins de la vue accusent un retard, ce qui représente un écart croissant de couverture dans l'environnement des avantages sociaux au Canada. Bien que la plupart des régimes d'avantages sociaux collectifs

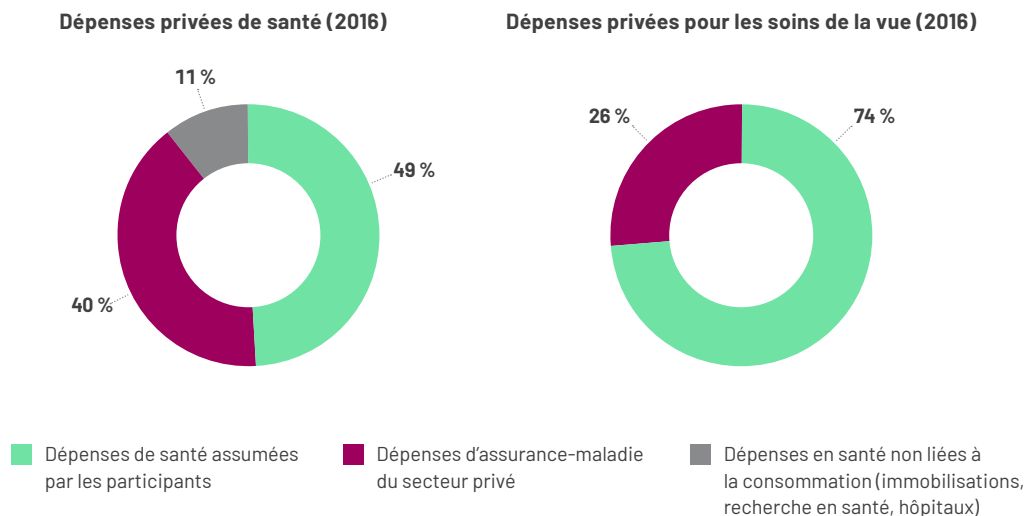
*Dans le sondage de Sanofi sur les soins de santé de 2016, 91 % des participants au régime ont déclaré que la couverture des soins de la vue était très ou quelque peu importante, mais 21 % ont déclaré que leur couverture actuelle était médiocre ou très médiocre<sup>1</sup>.*



*« Nous avons un plan selon lequel les gens qui avaient besoin de changer leurs lunettes pouvaient le faire tous les deux ans. Pour les gens qui n'ont pas de changement, la fréquence passe de deux ans à quatre ans. Les participants au régime étaient donc tous mécontents. »*

**Assureur**

**Figure 4 : Dépenses privées en santé selon la provenance des fonds (2016)<sup>3</sup>**



offrent une certaine couverture pour les examens de la vue et les articles de lunetterie sur ordonnance, il existe un écart important entre les dépenses engagées par les participants au régime et le montant couvert par les prestations pour soins de la vue. Ainsi, les soins de la vue représentent la plus grande dépense directe en soins de santé pour la plupart des Canadiens, 74 % de toutes les dépenses privées en soins de la vue étant payées directement par les clients (contre 37 % pour les médicaments et 44 % pour les soins dentaires)<sup>3</sup>. Les données sur les dépenses nationales de santé de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) mettent en évidence la part des dépenses de santé privées que paient les assureurs par rapport à celles que les Canadiens paient de leur poche, comme le montre la Figure 4. De plus, il peut s'agir d'une sous-estimation de la part assumée par les participants, car certaines réclamations pourraient ne jamais être présentées (p. ex., lorsque les maximums du régime ont déjà été atteints, les participants à un régime paient de leur poche les soins de la vue médicalement nécessaires et ne présentent pas de demandes de remboursement qu'ils savent être refusées).

Étant donné que le coût est un facteur pour 71 % des Canadiens lorsqu'ils décident d'avoir accès à des soins de la vue<sup>16</sup>, le fardeau financier élevé peut faire en sorte que certains d'entre eux renoncent aux soins de routine et préventifs qui assureraient leur santé oculovisuelle et préserveraient leur vision. Par exemple, les problèmes de la vue comme les erreurs de réfraction sont faciles à corriger, mais les erreurs de réfraction non corrigées représentent 53 % des troubles de la vue modérés et graves à l'échelle mondiale<sup>17</sup>, ce qui indique que des régimes d'assurance pour les soins de la vue adéquats peuvent être importants pour assurer un dépistage et une correction suffisants.



## Études de cas

Pour illustrer les lacunes dans les régimes d'assurance pour les soins de la vue et ce qui pourrait être modifié, trois études de cas sont présentées. Chaque cas représente le plan de traitement réel du patient, ce qui démontre comment les participants au régime doivent souvent assumer des coûts importants pour avoir accès aux services de soins de la vue cliniquement nécessaires. Les dépenses décrites n'étaient pas associées à des dépenses électives ou discrétionnaires et représentaient plutôt des situations où des services optométriques étaient nécessaires pour assurer une vision adéquate en milieu de travail. Il faut explorer la possibilité d'alléger le fardeau des participants aux régimes qui est illustrée dans ces exemples par une réforme des régimes d'assurance pour les soins de la vue visant à réduire les coûts directs éventuels, particulièrement pour les services de diagnostic spécialisés et les interventions non électives, tout en équilibrant les augmentations des coûts des prestations. Il faudrait encourager les payeurs et les promoteurs des régimes à mettre en œuvre une réforme des régimes d'assurance pour les soins de la vue afin de tenir compte de ces situations et de situations semblables où la détérioration de la santé oculovisuelle nécessite des interventions rapides et appropriées ainsi qu'un suivi et des soins continus. Une telle approche peut faire en sorte que les participants au régime demeurent productifs, en santé et en sécurité au travail.



### À propos

A.L. est un chauffeur d'autobus atteint de diabète de type 2 qui vit au Nouveau-Brunswick. Comme condition de son permis de classe 1, il doit subir un examen de la vue annuel. Un examen complet du fond de l'œil dilaté et une évaluation de la réfraction sont effectués chaque année pour s'assurer qu'il n'y a pas eu de changements liés au diabète dans les vaisseaux sanguins à l'arrière de ses yeux (rétinopathie diabétique) et qu'il voit bien.

### Étude de cas n° 1

#### GÉRER LES COMPLICATIONS DU DIABÈTE

**Examen** – L'assurance privée d'A.L. comprend une couverture de 80 % pour un examen de la vue tous les deux ans, jusqu'à concurrence de 110 \$. Ses frais d'examen étaient de 119 \$ pour un examen du fond de l'œil dilaté avec tomographie par cohérence optique (TCO) chaque année :

1<sup>re</sup> année :  $119 \$ \times 80 \% = 95,20 \$$  payés par l'assurance; 23,80 \$ payés par A.L.

2<sup>e</sup> année :  $119 \$ \times 0 \% = 0 \$$  payé par l'assurance; 119 \$ payé par A.L. Au cours de la deuxième année, 49 \$ supplémentaires ont été engagés pour surveiller une petite hémorragie afin de déterminer le risque pour la vision et de déterminer s'il y avait lieu d'aiguiller A.L. pour le traitement.  $49 \$ \times 0 \% = 0 \$$  payé par l'assurance; 49 \$ payé par A.L.

**Montures et lentilles** – L'assurance d'A.L. comprend une couverture de 80 % pour les montures et les lentilles, jusqu'à concurrence de 220 \$ par période de 24 mois. A.L. était en train de développer des cataractes (courantes chez les patients diabétiques), de sorte que son ordonnance a changé et qu'il fallait de nouvelles lunettes au cours de la période de 24 mois. A.L. a choisi des montures de la ligne économique pour 119 \$ et il lui a fallu des lentilles progressives antireflet et anti-égratignures (puisqu'il conduit pour le travail) pour un coût total de 309 \$ pour les lentilles.

**Coût total : 428 \$ = 180 \$ payés par l'assurance; 248 \$ payés par A.L.**

**Coûts directs** – Pour les examens, les examens supplémentaires (non couverts au N.-B.) et les montures et lentilles, A.L. a déboursé 715 \$ en coûts totaux : 275 \$ (38,5 %) payés par l'assurance; 440 \$ (61,5 %) payés par A.L.





### À propos

B.D. est une femme de 63 ans qui a visité son optométriste en raison d'une vision floue au cours des trois derniers mois.

### Étude de cas n° 2

#### MODIFICATION DE L'ORDONNANCE EN RAISON DE CATARACTES

L'optométriste de B.D. a diagnostiqué des cataractes et a testé sa vision, reconnaissant que les cataractes entraînaient une modification rapide de la prescription de B.D.. L'optométriste a déterminé que B.D. n'était pas admissible à la chirurgie de la cataracte, mais qu'il faudrait de nouvelles lentilles pour conduire en toute sécurité. B.D. a reçu de nouvelles lentilles d'ordonnance à son dernier examen il y a un an, mais a choisi de mettre à jour son ordonnance de nouveau pour conserver son autonomie.

**Huit mois plus tard**, B.D. est retournée à la clinique avec le sentiment qu'elle avait de nouveau une mauvaise vision et que cela l'empêchait de travailler sur un ordinateur. Cette fois-ci, même une nouvelle ordonnance n'améliorerait pas suffisamment sa vision, alors elle est devenue admissible à une chirurgie de la cataracte, mais le temps d'attente serait de six mois. B.D. a mis à jour ses lentilles de nouveau pour qu'elle puisse continuer à travailler et à conduire jusqu'à l'intervention.

**Après son intervention chirurgicale**, B.D. pouvait conduire sans lunettes, mais il lui fallait des lunettes pour lire et travailler sur un ordinateur, alors elle a dû mettre ses lentilles à jour pour une troisième fois.

L'assurance de B.D. couvre 100 % des frais raisonnables et habituels tous les deux ans pour un examen de la vue et jusqu'à 600 \$ pour les montures et les lentilles sur ordonnance. Ses dépenses, y compris deux examens de la vue et deux paires de lentilles, n'étaient pas couvertes par l'assurance. Le troisième examen et le changement de prescription sont entrés dans une nouvelle fenêtre de deux ans, de sorte que ses dépenses étaient couvertes à ce moment-là.

**Coûts directs** – 1 374 \$



### À propos

C.T. est un homme de 50 ans qui travaille aux Ressources humaines. Malgré des années de traitements pour son problème de sécheresse oculaire avec des gouttes oculaires, des oméga-3 et des compresses chaudes, il a encore une vision floue et des yeux douloureux lorsqu'il travaille à l'ordinateur.

### Étude de cas n° 3

#### BESOINS CHANGEANTS EN MATIÈRE DE VISION DANS UN EFFECTIF MODERNE

**Pour diagnostiquer et traiter l'état de C.T.**, un optométriste a mesuré l'osmolarité de son film lacrymal, réalisé une imagerie infrarouge de ses glandes meibomiennes, analysé la production de larmes et documenté sur vidéo sa vitesse de clignement et son film lacrymal. Son optométriste a constaté que C.T. avait un mauvais fonctionnement des glandes meibomiennes et que le traitement nécessitait un traitement iLux pour chauffer et exprimer l'huile des glandes de Meibomius. Cela comprenait un traitement Blephex pour nettoyer les paupières et éliminer tout blocage suivi par le dispositif iLux qui réchauffe et exprime les huiles des paupières supérieure et inférieure. Le traitement a considérablement amélioré la vision et le confort de C.T., mais il pourrait avoir besoin d'un traitement supplémentaire dans 6 à 8 mois.

**Coûts directs** – 600 \$

Comme C.T. avait subi un examen de la vue et avait besoin de nouvelles lunettes progressives l'année précédente, sa couverture d'assurance était épuisée. C.T. a payé 150 \$ pour sa première consultation et 450 \$ pour les traitements Blephex et iLux, pour un total de 600 \$ dépensés 100 % de sa poche.

Le contrôle efficace des problèmes de sécheresse oculaire souvent associés à l'utilisation prolongée de l'ordinateur exige une surveillance et un traitement réguliers, ce qui peut entraîner des dépenses considérables. Pour s'assurer que les employés ont une couverture adéquate pour gérer les dépenses liées à la vision en milieu de travail, il faut adopter de nouvelles approches pour les prestations pour soins de la vue.

## RÉDUIRE LES COÛTS D'UNE MAUVAISE VISION POUR LES PROMOTEURS DU RÉGIME

En plus de l'intérêt d'améliorer la satisfaction des participants à l'égard de leur régime d'assurance pour soins de la vue, les promoteurs des régimes devraient être tout aussi désireux d'améliorer les prestations pour soins de la vue. Cela s'explique par le fait que les produits d'assurance pour les soins de la vue médiocres engendrent des coûts directs pour les promoteurs de régime d'assurance : Les participants au régime qui ont une vision sous-optimale et font pour cette raison d'autres types de réclamations (p. ex., médicaments d'ordonnance, absence, invalidité de courte et de longue durée, soins chiropratiques et massages) entraînent des coûts directs pour leurs promoteurs de régime. Des études ont démontré que les soins préventifs pour la perte de vision sont rentables, car les patients qui ont une perte de vision ont des frais médicaux non liés à la perte de vision plus élevés que ceux qui n'en ont pas<sup>18</sup>.

La mauvaise vision est aussi liée à des coûts indirects, qui doivent être assumés par les employeurs : Elle affecte la productivité des employés, le présentéisme, l'absentéisme et la santé mentale. L'Institut national canadien pour les aveugles estime que les coûts de productivité liés à la perte de vision représentent un fardeau de 4,4 milliards de dollars par année pour l'économie<sup>7</sup>. En 2016, près d'un million de Canadiens ont été absents au travail ou à l'école à cause de problèmes de vision<sup>8</sup>, et une enquête menée auprès d'adultes américains a révélé qu'une proportion choquante de 90 % a déclaré que les troubles de la vue ont une incidence négative sur leur travail<sup>19</sup>. Les employés ayant une perte de vision sont susceptibles d'être moins productifs, d'avoir un taux d'absentéisme plus élevé et de prendre leur retraite plus tôt que les autres employés<sup>18</sup>.

Il incombe à l'employeur de fournir un milieu de travail sécuritaire et où les employés sont à l'aise. Des soins de la vue appropriés peuvent prévenir les blessures au travail et la détérioration de la vision qui résulte de la fatigue oculaire causée par les activités de travail (p. ex., utilisation prolongée d'un écran). Le promoteur du régime peut réduire les coûts directs et indirects associés à la mauvaise vision en s'assurant que les participants au régime ont accès à des services de soins de la vue conformes à la norme de soins, mais la couverture pour les soins de la vue est souvent en deçà de la norme de soins. La modernisation de la conception des régimes peut optimiser la valeur des régimes d'assurance pour les soins de la vue non seulement pour les participants à un régime, mais aussi pour le promoteur du régime.

## CONCLUSIONS

**Des changements fondamentaux à la conception des produits d'assurance pour les soins de la vue seraient avantageux pour les participants à un régime et les promoteurs du régime. En collaborant avec l'ACO, les intervenants du secteur des soins de santé privés peuvent élaborer des produits pour les soins de la vue qui comblent les écarts par rapport à la norme de soins et offrent de la valeur tant aux participants à un régime qu'aux promoteurs.**

Depuis des décennies, les soins de la vue sont une composante essentielle précieuse de la plupart des régimes élargis d'assurance-maladie. Toutefois, les régimes actuels sont déphasés par rapport aux besoins changeants, désuets par rapport à la pratique clinique actuelle et il est grand temps d'y apporter des changements importants. Les recherches de PDCI indiquent que la couverture pour les soins de la vue des régimes d'avantages sociaux collectifs est nettement sous-financée comparativement à d'autres prestations de santé et que l'insatisfaction des participants au régime et des promoteurs du régime à l'égard de la couverture des soins de la vue est tangible, en grande partie en raison des frais élevés que ces derniers doivent assumer. Toute réforme visant à améliorer la satisfaction des participants au régime devrait être centrée sur la prise en charge des coûts directs élevés et l'amélioration de la couverture des services diagnostiques spécialisés en soins de la vue et des interventions non électives.

Pour apporter des changements et améliorer la couverture, il faudra concevoir de nouvelles solutions novatrices. Les promoteurs de régimes, les conseillers et les assureurs devront s'engager à apporter des changements fondamentaux à la façon d'aborder la conception des régimes. Pour être viables à l'avenir, les changements à la couverture pour les soins de la vue devront tenir compte des préoccupations globales en matière de coûts de tous les avantages sociaux (comme les soins dentaires, les produits pharmaceutiques et les soins de santé complémentaire) et chercher à réaffecter les fonds existants à de nouveaux services. Cette réaffectation pourrait être réalisée en mettant en œuvre des copaiements pour certains produits et services, en particulier les montures et les lentilles, et en offrant un meilleur accès aux services médicalement nécessaires, y compris les nouveaux diagnostics et les nouvelles interventions. Les efforts de réforme devraient mobiliser les participants à un régime et l'ACO pour veiller à ce que les changements de conception répondent aux besoins changeants des employés et aux normes actuelles de pratique clinique mentionnées plus haut dans le présent rapport.

Le défaut de veiller à ce que les services de soins de la vue suivent le rythme des besoins cliniques et les progrès en matière de traitement expose les participants au régime à un risque accru de mauvaise santé oculovisuelle et de déficience visuelle. Il y aura aussi un risque que l'insatisfaction à l'égard des régimes d'assurance pour les soins de la vue continue de croître. En l'absence de solutions nouvelles et novatrices pour réformer la couverture des soins de la vue, on s'attend à ce que les frais que les participants au régime qui ont le plus besoin de la couverture doivent assumer de leur poche continuent d'augmenter. Cette augmentation du fardeau des coûts pour les personnes augmente le risque d'effets négatifs sur la santé,

car les participants au régime peuvent choisir de ne pas avoir recours aux services nécessaires pour éviter d'avoir à payer une partie des frais de leur poche.

Rendre les examens, les diagnostics et les interventions de soins de la vue plus accessibles et abordables aura un effet positif direct sur la satisfaction des participants au régime, le maintien ou l'amélioration de la santé et de la productivité, le présentisme. Bien que ceux qui ont des besoins en soins de la vue moins aigus puissent voir certaines dépenses directes augmenter, en particulier ceux qui peuvent choisir d'acheter de nouvelles montures et lentilles sans changement de prescription, ceux qui ont besoin d'un changement d'ordonnance tous les 24 mois recevront un remboursement plus élevé. Ce changement dans l'équilibre de la couverture des avantages sociaux vers des diagnostics et des interventions plus avancés représente un meilleur investissement de l'argent des soins de la vue du promoteur du régime.

L'émergence de nouveaux diagnostics et de nouvelles interventions pour traiter les problèmes oculovisuels et les complications découlant des maladies chroniques constitue des arguments solides pour convaincre les promoteurs des régimes de la nécessité d'examiner la couverture de ces services. Quatre facteurs doivent être pris en compte :

1. **Couverture provinciale** : Certaines provinces offrent une couverture améliorée en matière de soins de la vue aux personnes ayant une déficience visuelle et à celles qui présentent des risques pour la vision qui sont associés à une maladie.
2. **Comblent l'écart** : Les participants au régime se tournent vers leur régime d'avantages sociaux pour obtenir le remboursement des examens médicalement nécessaires, des services de diagnostic et des traitements non couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux.
3. **Changement des normes de soins** : Les normes évoluent au fil du temps, et l'ajout d'une couverture pour les nouveaux diagnostics et les nouvelles interventions dans les régimes d'assurances collectives pour les soins de la vue doivent accompagner ce processus.
4. **La détection et le traitement précoces** des maladies chroniques de l'œil et d'autres maladies chroniques identifiables par de nouvelles procédures de diagnostic rendront ces maladies plus faciles à prendre en charge, ce qui se traduira par de meilleurs résultats à long terme pour la vision et les soins de santé pour les participants au régime.

Certaines parties prenantes peuvent considérer que les ADSS servent à répondre au besoin de prestations supplémentaires pour les soins de la vue, mais le transfert des coûts des prestations pour les soins de la vue à une ADSS, où ces demandes de remboursement seraient en concurrence avec le remboursement d'autres prestations, marginalisera l'importance des soins de la vue plutôt que de l'augmenter, et risque d'exacerber l'insatisfaction déjà profonde des membres à l'égard de la conception globale du régime de prestations et de l'accès déjà limité aux services nécessaires.

Le milieu de travail et l'effectif ont changé et continueront de changer, et le rôle des soins de la vue face à ces changements a été largement négligé. Les troubles de la vue en milieu de travail deviendront de plus en plus répandus à mesure que notre main-d'œuvre vieillit et que l'utilisation des écrans occupe une plus grande part de notre journée de travail. La couverture

pour les soins de la vue doit également changer pour tenir compte de notre effectif, de la façon dont nous travaillons aujourd'hui et pour atténuer ses effets néfastes sur la vision et la santé oculovisuelle. Au cours des dernières années, la couverture pour les soins de la vue n'a pas changé pour répondre aux besoins changeants des participants au régime ou pour reconnaître les progrès cliniques en matière de diagnostics et d'interventions en soins de la vue, mais des possibilités de changement s'offrent à nous.

## RECOMMANDATIONS

Cette recherche a mis en évidence plusieurs possibilités en vue de réformer les avantages de la vision tout en gérant les coûts. Voici des possibilités précises de réformer les régimes d'assurance pour les soins de la vue afin d'accroître la valeur pour les participants à un régime et les promoteurs du régime :

1. **Garantir la couverture des examens de la vue de routine complets** afin qu'ils aient lieu à une fréquence conforme aux recommandations de l'ACO pour l'âge et les facteurs de risque du participant à un régime dans les provinces sans couverture publique (cela signifie à la fois autoriser les examens à la fréquence appropriée et rembourser les examens au niveau de frais raisonnables et habituels dans chaque province afin d'éliminer ou de réduire considérablement les frais à la charge des participants au régime).
2. **Assurer l'accès à des diagnostics et à des interventions supplémentaires** selon les frais raisonnables et habituels de la province tous les 24 mois.
3. **Modifier les plans pour inclure la couverture d'examens, de diagnostics, d'interventions** et de soins de la vue supplémentaires pour montures et lentilles dans un délai de vingt-quatre mois lorsque cela est médicalement indiqué en fonction de critères clairement identifiables.
4. **Couvrir les montures et les lentilles** tout en envisageant la mise en œuvre de la coassurance afin que les membres paient une partie des frais totaux. De cette façon, ceux qui en ont le plus besoin reçoivent un pourcentage global de remboursement plus élevé.

Il est recommandé que les assureurs, les promoteurs de régimes et les conseillers travaillent avec la profession optométrique à l'élaboration d'un nouveau cadre pour la couverture des soins de la vue. Reconnaissant que l'introduction d'un changement fondamental à la conception des soins de la vue sera difficile, l'Association canadienne des optométristes et ses partenaires provinciaux, en collaboration avec PDCL, ont lancé un guide de pratiques exemplaires sur la couverture de soins de la vue pour éclairer ce processus. On demandera à une sélection d'intervenants de l'industrie de fournir leurs commentaires pour finaliser le Guide avant sa publication au printemps 2020. L'Association accueille favorablement le dialogue et les commentaires de tous les intervenants dans ses efforts en vue de faciliter une réforme fondamentale du paysage des soins de la vue au Canada qui améliorera la valeur pour les participants à un régime et les commanditaires des régimes.

## RÉFÉRENCES

1. Sanofi Canada. The Sanofi Canada Healthcare Survey 2016. Canada S; 2016.
2. Statistics Canada. Consumer Price Index, annual average, not seasonally adjusted: Statistics Canada; 2019. [updated 2019 May 31; cited 2019 May 12]. Available from: [www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1810000501](http://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1810000501).
3. Canadian Institute for Health Information. National Health Expenditure Database, 1975 to 2019, Series H. [www.cihi.ca/en/national-health-expenditure-trends-1975-to-2019](http://www.cihi.ca/en/national-health-expenditure-trends-1975-to-2019).
4. Sanofi Canada. The Sanofi Canada Healthcare Survey 2018. 2018.
5. Canadian Association of Optometrists. About CAO 2019. May 29, 2019 [cited May 29, 2019]. Available from: [opto.ca/about](http://opto.ca/about).
6. Vision Critical. Canadian Council of the Blind Summary Report.
7. Cruess AF, Gordon KD, Bellan L, Mitchell S, Pezzullo ML. The cost of vision loss in Canada. 2. Results. *Can J Ophthalmol*. 2011;46(4):315-8. doi: 10.1016/j.jcjo.2011.06.006.
8. Canadian Association of Optometrists. The Federal Role in Eye Health and Vision Care Ottawa 2017. [updated May 4, 2017]. Available from: [opto.ca/sites/default/files/resources/documents/federal\\_role\\_in\\_vision\\_care\\_final\\_print.pdf](http://opto.ca/sites/default/files/resources/documents/federal_role_in_vision_care_final_print.pdf).
9. Canadian Association of Optometrists. Meeting the Eye Health and Vision Care Needs of Canadians: A Workforce Analysis. Canadian Association of Optometrists; April 2018.
10. Canadian National Institute for the Blind. The Cost of Vision Loss in Canada. [updated 2009]. Available from: [www.vision2020canada.ca/en/resources/Pages/default.aspx](http://www.vision2020canada.ca/en/resources/Pages/default.aspx).
11. The National Coalition for Vision Health. Vision Loss in Canada 2011 2012. October 23, 2019 [cited October 23]. Available from: [www.cos-sco.ca/wp-content/uploads/2012/09/VisionLossinCanada\\_e.pdf](http://www.cos-sco.ca/wp-content/uploads/2012/09/VisionLossinCanada_e.pdf).
12. Canadian Institute for Health Information. National Health Expenditure Database, 1975 to 2019, Series G [www.cihi.ca/en/national-health-expenditure-trends-1975-to-2019](http://www.cihi.ca/en/national-health-expenditure-trends-1975-to-2019).
13. Canadian Life and Health Insurance Association (CLHIA). Canadian Life and Health Insurance Facts 2018 Edition.
14. PDCI Market Access. Data on File. 2019.
15. Canada S. The Sanofi Canada Healthcare Survey 2017. Sanofi Canada, 2017.
16. Vision Critical. Canadian Council of the Blind Summary Report 2011. [updated June 2011]. Available from: [opto.ca/sites/default/files/resources/documents/federal\\_role\\_in\\_vision\\_care\\_final\\_print.pdf](http://opto.ca/sites/default/files/resources/documents/federal_role_in_vision_care_final_print.pdf).
17. Ngo G, Trope G, Buys Y, Jin YP. Significant disparities in eyeglass insurance coverage in Canada. *Can J Ophthalmol*. 2018;53(3):260-5. doi: 10.1016/j.jcjo.2017.10.007.
18. International Federation on Ageing. The High Cost of Low Vision: The Evidence on Ageing and the Loss of Sight 2013. [cited October 25]. Available from: [www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2013/02/The-High-Cost-of-Low-Vision-The-Evidence-on-Ageing-and-the-Loss-of-Sight.pdf](http://www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2013/02/The-High-Cost-of-Low-Vision-The-Evidence-on-Ageing-and-the-Loss-of-Sight.pdf).
19. Wakefield Research. Transitions Optical Employee Perceptions of Vision Benefits Arlington VA 2018. [cited November 5, 2019]. Available from: [healthysightworkingforyou.org/profSeeWell.aspx](http://healthysightworkingforyou.org/profSeeWell.aspx).

## GLOSSAIRE DES TERMES

**Conseiller** – Consultant ou courtier d'assurance engagé par un promoteur de régime pour fournir des conseils d'expert dans la sélection, la gestion continue et le renouvellement d'un contrat ou d'une entente avec un payeur privé. Ils sont rémunérés à l'acte ou à la commission.

**Courtier** – conseiller autorisé qui est habituellement rémunéré au moyen de commissions payées par le payeur privé pour ses services.

**Consultant** – conseiller autorisé habituellement rémunéré à l'acte par le promoteur du régime.

**Participant au régime** – personne qui est inscrite et admissible à un remboursement en vertu d'un régime de l'employeur, d'une association ou d'un régime en fiducie. Cela peut comprendre la personne principale inscrite au régime, son conjoint et ses enfants à charge.

**Promoteur du régime** – un employeur, une association ou un régime en fiducie qui ont conclu un contrat ou une entente avec un payeur privé pour statuer sur les demandes de remboursement d'une liste de services et de produits en fonction de critères d'admissibilité précis.

**Intervenants du secteur privé des soins de santé** – est un terme collectif pour les conseillers, les courtiers, les consultants, les payeurs privés et les promoteurs de régimes.

**Payeur privé** – une compagnie d'assurance ou un tiers payeur qui ont un contrat ou une entente avec un promoteur de régime pour statuer sur les demandes de remboursement d'une liste de services et de produits en fonction d'un critère d'admissibilité précis.



# **GARDEZ À L'ŒIL**

*les soins de la vue*

[gardezaloeil.ca](http://gardezaloeil.ca)



Gardez à l'œil vous est présentée par l'ACO

**ASSOCIATION CANADIENNE DES OPTOMÉTRISTES**

234, ave Argyle

613-235-7924

[info@opto.ca](mailto:info@opto.ca)

Ottawa (Ontario) K2P 1B9

888-263-4676

[opto.ca](http://opto.ca)