

CHANGEMENTS AU RÉGIME COLLECTIF D'AVANTAGES SOCIAUX

Conformément à ce qui a été approuvé par l'[exécutif du Conseil général](#) (en anglais seulement), les changements suivants entreront en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2022 :

- [Décision de mettre fin au régime facultatif](#)
- [Assurance médicaments](#)
- [Soins de la vue](#)
- [Couverture pour soins paramédicaux](#)
- [Soins dentaires](#)
- [Appareils médicaux durables](#)
- [Augmentation des primes des employeurs/financement](#)
- [Autres changements](#)

DÉCISION DE METTRE FIN AU RÉGIME FACULTATIF

Pourquoi liquide-t-on le régime facultatif?

On estime qu'en 2021, les régimes accuseront un déficit de 2,4 millions de dollars, et les fonds en réserve ne sont pas suffisants pour le couvrir. Le déficit provient principalement du régime facultatif d'assurance pour soins de santé et soins dentaires pour membres actifs et du régime d'assurance pour soins de santé et soins dentaires pour les personnes retraitées. On a couvert le déficit actuel et celui des années antérieures (causé par une inflation des médicaments considérablement plus élevée que l'indice général du coût de la vie, l'augmentation des coûts des soins médicaux et dentaires, le vieillissement des membres des régimes et la diminution du nombre d'employeurs participants) en puisant dans les réserves accumulées par les régimes à une époque bien antérieure. **D'après les projections, les fonds en réserve seront épuisés avant 2024 si aucun changement n'est apporté au régime et/ou aux taux de cotisation.**

L'an dernier, les membres ont indiqué qu'ils ou elles n'étaient pas en mesure de soutenir d'autres fortes hausses. Les personnes inscrites au régime facultatif (~40 % du nombre total) sont protégées actuellement par la couverture de base à la charge de leur employeur. Les personnes qui utilisent pleinement le régime facultatif sont subventionnées par d'autres qui n'en ont peut-être pas les moyens.

En 2020, l'exécutif du Conseil général a demandé un examen actuariel complet des régimes pour membres actifs. Des experts-conseils et des actuaires spécialisés dans le domaine des avantages sociaux ont travaillé pendant un an avec le personnel responsable des avantages sociaux, et un groupe consultatif, composé d'une personne membre de l'exécutif, d'une personne membre du personnel ministériel retraité de l'Église Unie du Canada qui travaillait auparavant dans le secteur des assurances et d'un vice-président responsable de la gestion des risques et de la tarification auprès d'une grande compagnie d'assurance, a étudié les solutions possibles et a amélioré les recommandations. Le groupe consultatif a recommandé que le régime facultatif pour soins médicaux et dentaires soit liquidé à compter du 1^{er} janvier 2022. À contrecœur, l'exécutif a accepté la recommandation.

[Retour au début](#)

Pourquoi les membres n'ont-ils pas été consultés?

Il y a un an, Nora Sanders, qui était alors secrétaire générale, vous a adressé une lettre afin de vous aviser que les régimes d'assurance pour soins médicaux et dentaires destinés aux membres en activité et au personnel ministériel, et le régime collectif pour soins médicaux et dentaires destiné aux personnes retraitées étaient soumis à d'énormes pressions. Pris ensemble, ils remboursaient aux membres 2,4 millions de dollars de plus en prestations que ce que les primes couvraient. Le déficit était absorbé par un fonds de réserve pour prestations en rapide diminution. Ce n'était pas une nouveauté : depuis des années, l'équipe chargée d'administrer les régimes était préoccupée par la situation et vous avait fait part de ses inquiétudes.

L'exécutif du Conseil général a demandé à l'équipe de procéder à un examen juricomptable approfondi des régimes avec l'aide d'experts-conseils et d'actuaire spécialisés dans le domaine des avantages sociaux, et d'envisager des changements, y compris la possibilité de liquider le régime facultatif, ce qui permettrait d'assurer la viabilité et l'accessibilité financière tout en vous protégeant, vous et votre famille, contre des pertes économiques extraordinaires dues à des frais médicaux ou dentaires, ou liées à l'invalidité.

Actuellement, toutes les personnes employées et membres du personnel ministériel travaillant 14 heures ou plus sont couvertes par un ensemble de garanties de base payées par l'employeur. Environ 40 % des membres ont choisi de compléter ces avantages par le régime facultatif pour soins médicaux et dentaires. L'an dernier, la prime du régime facultatif a augmenté de 50 %. Cette augmentation n'a pas permis d'éliminer le déficit, mais seulement de stopper le prélèvement sur les réserves. **En réponse, vous avez clairement indiqué que vous ne pouvez pas vous permettre de payer pour de telles hausses continues.**

Comme je n'aurai pas le régime facultatif, puis-je souscrire à une assurance secondaire pour couvrir les dépenses qui ne le sont pas par le nouveau régime pour membres actifs?

Oui. Avec le passage à un seul régime payé par l'**employeur**, des améliorations sont apportées au régime de base actuel, mais on a procédé à certaines adaptations aux quotes-parts et aux plafonds auxquels les membres au régime facultatif étaient habitués. Le fait de ne pas payer la prime du régime facultatif vous permettra de dégager des ressources financières pour compléter notre prestation de services.

Combien devrai-je cotiser par mois au nouveau régime pour membres actifs?

Vous n'aurez rien à payer. Le nouveau régime pour membres actifs est un régime **payé par l'employeur**. Aucune prime ne sera plus facturée aux personnes membres assurées, parce que l'intégralité de la prime du régime pour les assurances vie, invalidité de courte durée, soins de santé et soins dentaires **sera à la charge de l'employeur**. Cela dit, les primes d'invalidité de longue durée et les primes de l'assurance vie facultative pour la personne membre, de l'assurance vie facultative pour la conjointe ou le conjoint et de l'assurance DMA facultative demeureront à la charge de la personne membre assurée. Les taux de 2021 sont affichés sur la page des [déductions au titre des régimes de retraite et d'assurance collective](#). Les taux de 2022 seront affichés vers la fin de l'année. Pour connaître les taux préliminaires, veuillez consulter le [site Web](#) de l'Église Unie et chercher les outils de budgétisation des trésoriers et des trésoriers.

[Retour au début](#)

Ai-je l'obligation de participer au nouveau régime pour membres actifs?

Oui, l'adhésion au nouveau régime pour membres actifs est obligatoire pour toutes les personnes employées et membres du personnel ministériel qui travaillent 14 heures ou plus par semaine, parce qu'il s'agit d'un régime payé par votre employeur. Au moment de votre départ à la retraite, si vous êtes admissible, vous aurez le choix d'adhérer ou non au régime d'assurance maladie pour personnes retraitées. Une fois que vous aurez décidé d'adhérer, **vous ne pourrez plus vous retirer du régime par la suite**. Les *événements de la vie* admissibles permettent de changer de statut et d'ajouter ou de supprimer des personnes à charge (famille/célibataire). Pour avoir d'autres renseignements, veuillez consulter la page de la FAQ sur le [Régime collectif d'avantages sociaux](#), sous l'onglet *Opter pour la non-participation*.

Je n'ai pas reçu le courriel concernant les changements.

Veuillez consulter le site Web du Centre d'avantages sociaux et vous inscrire sur notre liste d'envoi pour vous assurer que nous avons votre bonne adresse électronique dans nos dossiers pour les envois futurs. Une fenêtre contextuelle d'inscription apparaîtra à votre première visite et vous pouvez également vous inscrire à partir de la [Salle de nouvelles](#).

ASSURANCE MÉDICAMENTS

Qu'est-ce qu'une liste gérée de médicaments?

Pour assurer la valeur optimale en contrepartie de l'argent dépensé, tous les médicaments nouvellement approuvés sur le marché canadien sont évalués par un comité de GSC composé d'experts du secteur pharmaceutique avant d'être ajoutés à la liste des médicaments remboursables. Les médicaments sont classés dans l'une des trois catégories suivantes : « couvert », « non couvert » ou « autorisation préalable requise ».

- **Les médicaments couverts** sont entièrement remboursés par le régime.
 - approuvés sans condition à titre de prestation garantie;
 - la personne membre a un accès ouvert aux prestations.
- Une petite sous-série de médicaments est classée dans la catégorie « non couvert » lorsque les médicaments n'apportent aucun avantage de plus que les médicaments qui figurent déjà sur la liste gérée, dans les cas suivants :
 - le médicament ne présente pas d'avantages importants sur le plan thérapeutique ou sur celui des coûts comparativement aux médicaments de substitution actuels;
 - la personne membre du régime peut payer entièrement le coût du médicament ou consulter son médecin prescripteur au sujet des substituts possibles.
- **Une autorisation préalable est requise** dans le cas des médicaments pour lesquels un « traitement par palier » peut s'appliquer et de médicaments peu coûteux présentant un intérêt seulement pour des patients ayant certaines caractéristiques cliniques, selon les critères suivants :
 - le médicament est considéré comme un traitement de seconde intention et risque fortement de faire l'objet d'abus et/ou il est prescrit pour traiter des affections lorsqu'aucune approbation n'a été fournie;

[Retour au début](#)

- la personne membre du régime doit remplir certains critères précis pour avoir accès aux prestations; le traitement de première intention doit figurer dans l'historique des demandes de règlement aux fins de l'approbation automatique et/ou le médecin prescripteur doit remplir un formulaire d'autorisation spéciale indiquant le besoin thérapeutique.

De plus, dans le cas de la liste ouverte, un statut « Autorisation préalable requise » est également assigné aux médicaments très coûteux et/ou spéciaux susceptibles d'être prescrits et utilisés de façon inappropriée. Ce type de « gestion » de la liste permet de trouver un équilibre entre le besoin qu'ont les membres du régime d'avoir accès aux traitements médicamenteux médicalement nécessaires et la viabilité du régime.

Qui administre la liste gérée?

Green Shield Canada (GSC). Les listes gérées sont souvent utilisés par les régimes provinciaux d'assurance médicaments pour gérer efficacement les coûts. Par exemple, le Programme de médicaments de l'Ontario (PMO), qui s'adresse aux personnes de plus de 65 ans, est une liste gérée.

Je prends actuellement un médicament, le « x ». Sera-t-il couvert par le nouveau régime pour membres actifs?

Les nouveaux changements concernant les demandes de remboursement des médicaments **ne s'appliqueront pas à vos prescriptions actuelles**. À partir du 1^{er} janvier 2022, tout nouveau médicament qui vous sera prescrit sera soumis aux critères de « la liste gérée ».

Comment puis-je savoir si un médicament sera couvert?

À compter du 1^{er} janvier 2022, vous pourrez consulter l'outil en ligne offert par GSC aux membres du régime pour savoir si votre médicament est couvert ou s'il requiert une autorisation préalable. L'outil se trouve sous la rubrique des prestations pour soins de santé, dans laquelle vous devrez ensuite cliquer sur la tuile des médicaments, ce qui vous permettra de déterminer :

- si un médicament est couvert par votre nouvelle garantie de remboursement des médicaments;
- si vous devrez verser une quote-part (et si c'est le cas, de quel montant);
- si le médicament en question nécessite l'autorisation d'un médecin (et si c'est le cas, si votre médecin peut imprimer le formulaire d'autorisation directement);

Entrez le nom ou le numéro DIN de votre médicament, puis indiquez à quelle personne couverte par la garantie le médicament est destiné.

Quelques petits conseils

- Nom du médicament : vous devez saisir au moins les trois premières lettres du nom du médicament; par exemple, si vous inscrivez « Tyl » pour Tylenol, tous les noms de médicaments qui commencent par « Tyl » s'afficheront.
- Numéro d'identification du médicament ou DIN : pour faire une recherche à partir d'un DIN, IL faut saisir le DIN au complet pour que l'outil de recherche puisse afficher le nom du médicament.

- Sélectionnez le nom du member couvert : certains médicaments sont soumis à des restrictions selon certains critères tels que l'âge. C'est pourquoi l'outil demande à quelle personne couverte par la garantie le médicament est destiné.

Pour accéder à l'outil, il faut s'inscrire pour obtenir un compte auprès de Green Shield Canada (GSC), peu importe le lieu où vous vous trouvez. Si vous aviez un compte sur le précédent site, vous pouvez vous connecter en utilisant exactement **le même nom d'utilisateur et le même mot de passe**. Si vous n'êtes pas encore inscrit, vous trouverez une [vidéo](#) qui peut vous guider dans le processus d'inscription.

Vous pouvez également appeler au centre d'appels en composant le 1-888-711-1119 et vérifier auprès d'une agente ou d'un agent.

S'il n'y a pas de médicament générique, ou si la patiente ou le patient ne peut pas le prendre, la garantie couvrira-t-elle le coût du médicament non générique, ou au moins une partie du coût du médicament non générique jusqu'à concurrence du coût du médicament générique?

Il est possible que des médicaments génériques et des médicaments de marque figurent sur la liste gérée. À supposer que les médicaments génériques et les médicaments de marque y figurent, les règles de substitution des médicaments génériques s'appliqueraient comme aujourd'hui, à savoir que si un médicament de marque est prescrit alors qu'il existe un équivalent générique (ou moins coûteux), la garantie se base sur le médicament le moins coûteux, à moins que votre médecin ne précise que le médicament de marque est nécessaire.

Nous vous invitons à discuter des substituts génériques avec votre médecin parce que les écarts de coût peuvent être importants.

Pour un médicament qui fait partie de la catégorie « Autorisation préalable », il faut avoir utilisé un médicament de première intention reconnu avant qu'un médicament de deuxième intention plus complexe soit approuvé. La personne membre du régime doit remplir certains critères précis pour avoir accès aux garanties; le traitement de première intention doit apparaître dans l'historique des demandes de règlement pour que le médicament soit automatiquement approuvé. Sinon, le médecin prescripteur doit remplir un formulaire d'autorisation spéciale indiquant le besoin thérapeutique.

Si un médecin prescrit un médicament, la compagnie d'assurance pourrait-elle le refuser parce qu'elle pense qu'un autre médicament serait plus efficace?

Oui, elle pourrait le refuser. La pharmacienne ou le pharmacien a toujours le pouvoir de passer en revue l'ordonnance et de remplacer un médicament. Il ne s'agit pas d'une nouvelle disposition.

À Green Shield, les médicaments sont vérifiés par un comité d'experts du domaine pharmaceutique de façon à établir la valeur globale de chaque médicament et de déterminer où il devrait être placé sur nos listes. Selon les critères de ces experts, qui se fondent sur des données médicales probantes et objectives, l'efficacité clinique et l'innocuité d'un médicament sont évaluées, de même que le besoin non satisfait auquel il répond, dans le but de déterminer l'intérêt qu'il présente pour les promoteurs du régime et pour ses membres. Le comité examine les demandes d'homologation de médicaments des fabricants, y compris les essais cliniques et les autres données probantes disponibles. Les six pharmaciens qui siègent au comité ont un éventail d'expériences et de compétences spécialisées dans les secteurs suivants :

- officine, y compris préparation;

[Retour au début](#)

- pharmacie d'hôpital;
- soins spécialisés, y compris oncologie et greffe;
- payeur public;
- Industrie pharmaceutique;
- marché québécois.

Le comité compte également une infirmière ayant une expérience de la clinique et de l'orientation en matière de soins de santé ainsi qu'une ou un titulaire de doctorat en politiques de santé.

Qu'est-ce que le plafond des coûts à déboursier?

Le plafond des coûts à déboursier est le montant maximum que vous devez payer pour les services assurés au cours d'une année de couverture. Une fois qu'une personne membre a réglé ce montant en franchise et en coassurance au cours d'une année civile, les frais admissibles sont remboursés intégralement, sous réserve des plafonds du régime. À compter du 1^{er} janvier 2022, le plafond des dépenses remboursables sera fixé à 1 000 \$ par année civile et s'appliquera UNIQUEMENT aux médicaments.

SOINS DE LA VUE

Quelles sont les limites de la garantie pour soins de la vue?

On distingue l'optométrie et l'ophtalmologie — des professions différentes offrant des services différents — ce qui a donné lieu à l'élaboration de politiques de paiement distinctes. En ce qui concerne la garantie pour soins de la vue, qui comprend les services d'un optométriste, les lunettes et les verres correcteurs, le régime offre une couverture raisonnable et adéquate selon les normes de l'industrie (100 \$ par personne sur 24 mois).

Si vous voulez en savoir plus sur le sujet, consultez la page <https://www.greenshield.ca/fr-ca/pour-commencer/rabais-pour-les-soins-de-sante/> pour vous renseigner sur certains rabais accordés aux adhérentes et adhérents de Green Shield qui s'appliquent à nos membres.

COUVERTURE POUR SERVICES PARAMÉDICAUX

Quel est le maximum combiné pour les services de certains praticiens paramédicaux?

Afin de contenir les coûts, certains services de praticiens paramédicaux ont été regroupés pour arriver à un seul maximum. Les demandes de règlement des services les plus coûteux de praticiens paramédicaux sont ceux des massothérapeutes, des physiothérapeutes et des chiropraticiens.

J'utilise beaucoup la couverture pour soins paramédicaux, quelles seront les conséquences des changements pour moi?

À partir du 1^{er} janvier 2022, vous aurez une limite annuelle de 500 \$ pour tous les services de praticiens paramédicaux tels que les acupuncteurs, les chiropraticiens, les massothérapeutes, les naturopathes et les ostéopathes. Par ailleurs, la disposition relative au plafond des dépenses appliqué actuellement aux demandes de règlement regroupées pour les médicaments et les soins de santé s'appliquera dorénavant aux demandes de remboursement des dépenses de médicaments uniquement. Par conséquent, toute

[Retour au début](#)

dépense de soins de santé (tels que les soins paramédicaux) qui dépassent les volumes prévus par la couverture ne serait pas prise en compte dans le calcul du plafond des frais remboursables et serait à la charge de la personne membre.

Est-ce qu'il faudra une note du médecin pour la massothérapie, la physiothérapie ou la chiropratique, etc.?

Non.

Quels sont les domaines de pratique couverts en santé mentale?

Avant les changements, la couverture se limitait au diagnostic, à l'évaluation et au traitement offerts par une ou un psychologue ou une personne titulaire d'une maîtrise en travail social pleinement qualifiés, agréés et exerçant légalement. Les services d'une ou d'un « thérapeute numérique », fournis en ligne par MindBeacon spécifiquement pour la thérapie cognitivo-comportementale, étaient également couverts. À compter du 1^{er} janvier 2022, en plus des thérapeutes susmentionnés, la couverture sera étendue aux conseillères et conseillers, aux psychothérapeutes et aux psychanalystes.

Est-ce qu'une note du médecin est requise pour la couverture de soins de santé mentale?

Une note du médecin ne sera plus requise à compter du 1^{er} janvier 2022.

SOINS DENTAIRES

Le maximum annuel de 1 500 \$ est-il par personne ou par famille?

Le plafond annuel de 1 500 \$ s'applique à **chaque** membre admissible de la famille, pour tous les services confondus : services de prévention, services de base et services majeurs.

Les services d'orthodontie sont-ils couverts?

Les services d'orthodontie ne sont pas couverts par le régime de base actuel et ils ne le seront pas non plus en vertu du nouveau régime pour membres actifs.

Toutefois, les membres de Green Shield Canada, même ceux qui ne sont pas couverts pour les services d'orthodontie, sont admissibles à un tarif réduit auprès du SmileDirectClub (SDC). Le SDC vous permet d'accéder à un traitement orthodontique virtuel d'une ou d'un dentiste ou d'une ou d'un orthodontiste agréé dans le confort de votre foyer. Si cela vous intéresse, veuillez consulter la page <https://www.greenshield.ca/fr-ca/la-clinique-numerique/sante-buccodentaire> du site de GSC.

APPAREILS MÉDICAUX DURABLES

Qu'en est-il de la couverture des prothèses auditives ou des appareils de ventilation CPAP? Ces articles seront-ils toujours couverts sous le nouveau régime pour membres actifs?

Les changements apportés au nouveau régime pour membres actifs figurent sur le tableau comparatif sur le site Web du Centre d'avantages sociaux, à la page sur les avantages collectifs, sous les rubriques des assurances vie, soins de santé et soins dentaires, et invalidité. Si un appareil **ne** figure **pas** sur le

[Retour au début](#)

tableau comparatif (p. ex. prothèses auditives), le **nouveau régime pour membres actifs offrira la même couverture que celle fournie par le régime de base actuel**. Pour avoir la liste de toutes les prestations pour soins de santé, veuillez consulter la brochure Avantages sociaux pour membres actifs — Résumé de la couverture, dans la Bibliothèque virtuelle, sous la rubrique Administration des avantages sociaux.

AUGMENTATION DES PRIMES DE L'EMPLOYEUR/FINANCEMENT

Quand les augmentations de 19,5 % pour les employeurs prennent-elles fin?

La projection actuelle est une augmentation de 19,5 % en 2022 et d'environ 15 % en 2023. Par la suite, il n'y aura que des augmentations tendanciennes, estimées à environ 6 %.

Un régime équivalent dans le secteur privé serait-il plus coûteux?

Oui. L'étude de marché du régime pour les personnes retraitées indique que toute assurance privée offrant une valeur similaire (niveau des quotes-parts et plafonds) est plus coûteuse qu'un régime collectif. De plus, avec une assurance privée, les taux des primes augmentent selon le volume d'affaires de l'assureur, alors que sous un régime collectif, les taux des primes augmentent en fonction de l'expérience collective.

La vente de biens de l'Église pourrait-elle servir à subventionner le fonds ? Ou ceux qui en ont le plus besoin?

Oui, mais ces montants sont déboursés par la communauté de foi et le conseil régional. Les produits de la vente de biens **ne sont pas des ressources que peut affecter le Conseil général** (sauf s'il s'agit du produit de la vente de biens dont le Conseil général est directement propriétaire, qui représentent un actif très modeste comparativement à celui détenu en fiducie par les administrateurs des paroisses). Les paroisses locales, en coopération avec le conseil régional, décident de la manière d'affecter le produit de la vente de biens immobiliers. Le produit de la vente de ces biens fait l'objet de nombreuses demandes, ce qui rend peu probable la constitution d'une réserve générant au moins un million de dollars par an.

AUTRES CHANGEMENTS

Ces changements ont-ils une incidence sur les couvertures facultatives vie et DMA?

Non, ils n'ont aucune incidence sur ces couvertures facultatives.

Ces changements ont-ils un impact sur les membres en transition de genre?

Non. Cependant, il y a certains changements dans l'administration de cette prestation. À compter du 30 juin 2021, Green Shield a accepté d'inclure une offre pour l'affirmation du genre à titre de prestation normalisée de tous les régimes collectifs ayant une couverture pour les services de soins de santé complémentaires dans leur volume d'affaires. Nous sommes passés à leur plateforme normalisée tout en conservant notre couverture existante. Les étapes administratives à suivre pour présenter une demande et soumettre une demande de règlement ont changé (tout passe maintenant par Green Shield), mais la couverture pour les membres en transition de genre demeure la même.

[Retour au début](#)

Quel effet ces changements ont-ils sur les prestations pour soins de santé et soins dentaires des personnes retraitées?

Le régime destiné aux personnes retraitées est distinct de celui destiné aux membres actifs et n'est pas touché par la liquidation du régime facultatif.