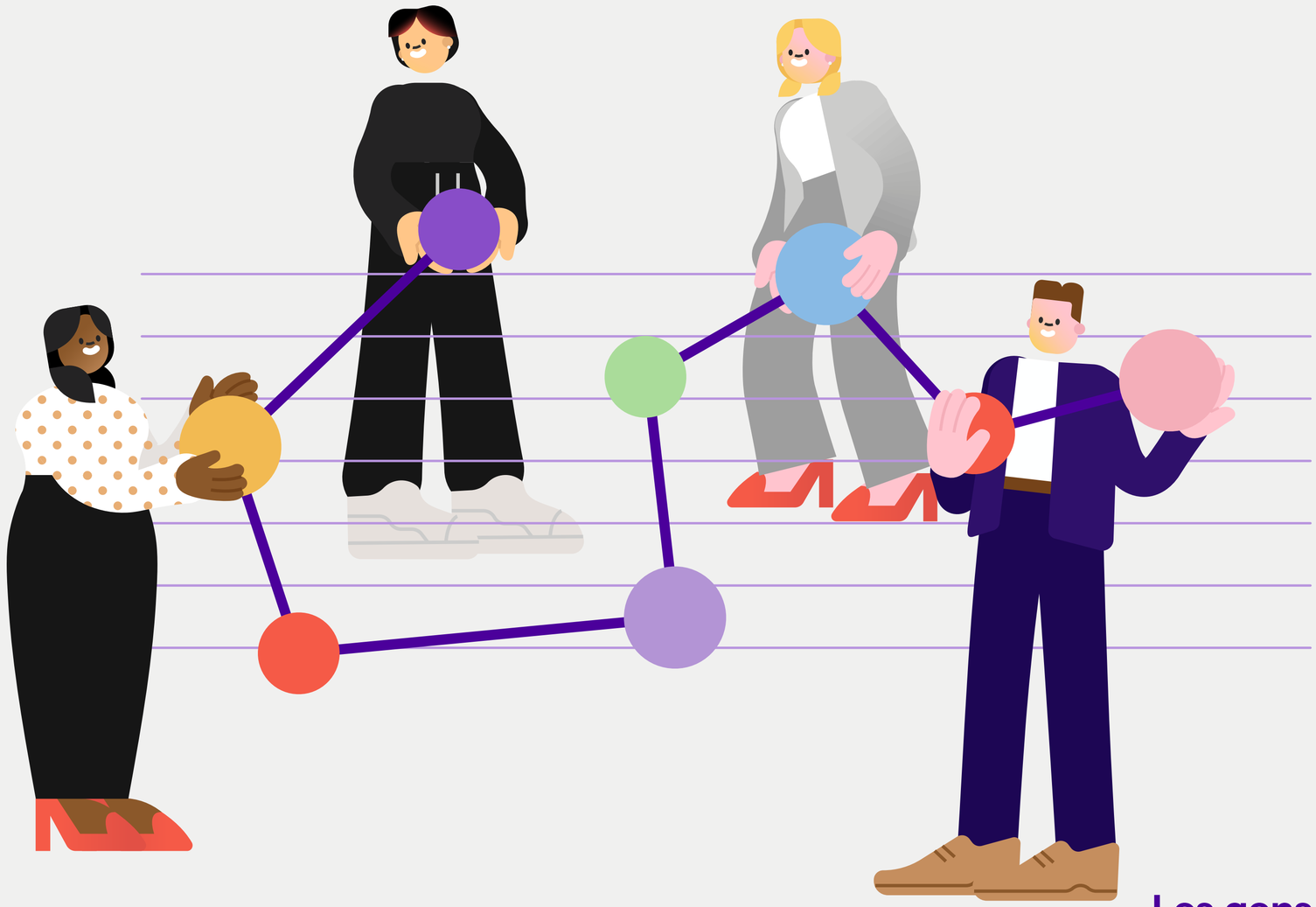
Perspectives et tendances santé
2026

Points de repère



beneva

Les gens
qui protègent
des gens

Garder le cap sur la protection

Le contexte dans lequel évolue l'assurance collective s'est profondément transformé. Assureurs, conseillers et preneurs ont une responsabilité accrue : protéger les gens dans un contexte où les soins de santé évoluent rapidement, où les attentes augmentent et où les budgets se resserrent.

La bonne nouvelle, c'est que l'innovation améliore la manière dont nous traitons, gérons et prévenons les maladies. Cependant, la hausse des coûts de santé se fait sentir plus tôt et plus souvent. Elle influence les choix que font les gens bien avant d'avoir recours à leur régime.

Les coûts pour rester en bonne santé augmentent. Nos données montrent que les dépenses en médicaments sur ordonnance ont augmenté à un taux annuel moyen de 7 % par personne assurée au cours des huit dernières années. Cette hausse fait grimper de façon constante le coût de protection de base. La situation est similaire du côté des soins dentaires. Au Québec et en Colombie-Britannique, la grille des honoraires dentaires a augmenté plus rapidement que l'inflation générale. Cela a créé un écart cumulé de 12 % en 2025. On observe la même tendance en Ontario, bien que l'écart soit légèrement moins important.

La hausse des dépenses dans plusieurs domaines de soins accentue la pression sur les régimes d'avantages sociaux. Au fil du temps, cela réduit la marge de manœuvre et oblige les preneurs à faire des compromis difficiles qui n'offrent aucun avantage évident.

C'est là que le rôle de l'assurance collective prend une dimension profondément humaine. Les prestations sont plus qu'un simple mécanisme de financement ou de remboursement. Elles jouent le rôle de tampon entre la hausse des coûts et la vulnérabilité individuelle. Lorsque ce tampon est solide, les gens sont plus enclins à consulter rapidement, à suivre leur traitement et à poursuivre leurs activités professionnelles. Lorsqu'il s'affaiblit, les pressions financières s'accumulent. Le stress augmente, les risques pour la santé s'accroissent, au détriment de la productivité, du présentéisme et de la stabilité du personnel.

Comme assureur, nous plaçons les personnes au cœur de nos actions, et ces enjeux revêtent donc une importance particulière. Faire passer les gens avant tout, c'est reconnaître que les contraintes financières sont une réalité bien concrète pour les adhérents, et non de simples chiffres abstraits. Pour garantir des soins abordables, il faut faire des choix réfléchis et concevoir des régimes rigoureux. Il faut aussi gérer les coûts de manière ciblée, en particulier là où la pression est la plus forte. Ensemble, ces éléments déterminent la manière dont les régimes sont mis en place, adaptés et maintenus. Ils protègent les gens sans alourdir inutilement leur fardeau financier.

Éric Trudel
Vice-président exécutif et leader, Assurance collective

Table des matières

Introduction – Les effets néfastes du stress financier **4**

Partie 1 – Jeunes adultes (entre 18 et 30 ans)

Une relève talentueuse 5
La perfection comme objectif 6
Impacts sur les régimes d'assurance collective 7
Entrevue – Les répercussions du stress financier au travail 10

Partie 2 – Adultes en milieu de vie (entre 31 et 50 ans)

L'épine dorsale de la main-d'œuvre canadienne 12
Quand le stress financier est omniprésent 13
Impacts sur les régimes d'assurance collective 14
Entrevue – Reconnaître les différents parcours vers la parentalité 17

Partie 3 – Préretraités (entre 51 et 65 ans) **19**

Les experts de longue date 19
Quand le temps est compté 20
Impacts sur les régimes d'assurance collective 21
Entrevue – Simplifier les options thérapeutiques complexes grâce à la pharmacogénétique 24

Partie 4 – Maladies graves

Une minorité qui requiert une attention prioritaire 26
Quand la maladie a un coût 27
Impacts sur les régimes d'assurance collective 28
Entrevue – Réintégrer le marché du travail après un diagnostic de cancer 30

Sommaire – Points à retenir **32**

Partie 5 – Gestion des coûts

Un résultat net équilibré 34
Faire face à la hausse du coût des médicaments 35
L'assurance invalidité : un gage de stabilité de la main-d'œuvre 38

Conclusion – Les grandes lignes **40**

Sur le radar **41**

Les effets néfastes du stress financier

Dans cette édition de *Points de repère*, nous examinons comment le stress financier influence les besoins de santé et le recours aux prestations d'une génération à l'autre, et comment les assurances collectives doivent s'adapter à l'évolution des étapes de la vie et aux événements majeurs, tous âges confondus.

Le stress financier prend différents visages au cours de la vie, et ses effets varient selon des tendances de santé sous-jacentes propres à chaque génération. Aujourd'hui, les pressions se font sentir bien au-delà du budget personnel. L'instabilité géopolitique, l'inflation chronique, la hausse des coûts du logement et l'incertitude économique influencent la manière dont les gens perçoivent leur travail, leur santé et leur sécurité financière à chaque étape de leur vie.

Même si nous sommes tous confrontés aux mêmes pressions, nous ne les vivons pas de la même manière. Chaque génération réagit différemment au stress, selon la vision qu'elle a du monde, ses aspirations et ses mécanismes de défense. Ainsi, les conséquences des contraintes financières sur les comportements liés à la santé, le recours aux soins et l'utilisation des prestations changent au fil du temps.

Ce type de stress dépasse souvent le cadre financier. Il s'installe d'abord dans notre esprit, fait naître de l'anxiété, trouble le sommeil et brouille nos pensées. Il fragilise la résilience nécessaire pour surmonter les embûches de la vie professionnelle et personnelle. Au fil du temps, cette tension se manifeste par de l'absentéisme et des demandes d'indemnité, qui révèlent le type de soutien que les gens recherchent quand le stress devient trop lourd à porter.

Les difficultés de santé mentale ne sont pas que des problèmes personnels. Leur impact au travail et sur l'ensemble de l'économie est mesurable. Les maladies mentales constituent à elles seules la principale cause d'absentéisme au travail. Elles coûtent à l'économie canadienne environ 51 milliards de dollars par an en perte de productivité, et génèrent pour les employeurs un fardeau deux fois plus élevé que les congés pour maladie physique[1,2].

En plus de ces enjeux générationnels, les maladies graves mettent une pression distincte et inévitable sur les régimes d'assurance collective. Un problème de santé peut toucher les employés à tout âge, à n'importe quelle étape de la vie, et accroître leur stress financier et psychologique, au moment même où ils ont le plus besoin de stabilité. La portée d'un tel événement se mesure davantage par sa gravité, sa durée et sa complexité que par sa fréquence.

Dans ces conditions, il faut plus qu'un régime mieux conçu. Il faut aussi trouver le juste équilibre, et c'est là qu'une gestion rigoureuse des coûts entre en jeu – non pas pour limiter la protection, mais pour la soutenir. Dans un contexte où les besoins évoluent et où l'innovation s'accélère, cette rigueur permet à un régime d'assurance collective de rester suffisamment solide pour résister aux pressions, garantir l'accès aux soins et perdurer lorsque les gens en ont le plus besoin.

1. Société canadienne de psychologie, Série « La psychologie peut vous aider » : La santé mentale au travail, 29 mai 2024.
2. Longwoods Publishing, *Health & Healthcare News*. Longwoods.com (en anglais seulement).

Jeunes adultes (entre 18 et 30 ans)

Une relève talentueuse

Notre plus jeune groupe est celui de la génération Z, dont les membres sont souvent appelés les «enfants du numérique», ou la «Gen Z». Cette génération technophile a grandi depuis sa tendre enfance dans un univers où l'Internet, les téléphones intelligents et les réseaux sociaux sont omniprésents.

C'est pourquoi la maîtrise des technologies numériques et la capacité d'adaptation de la *Gen Z* dépassent celles de toutes les générations précédentes. Pour les employeurs, cela signifie qu'elle n'est pas seulement la main-d'œuvre de demain, mais aussi une formidable force capable de façonner le monde du travail d'aujourd'hui.

En plus de représenter la future génération de leaders, elle influence déjà la manière dont les organisations évoluent. Ses attentes en matière de technologie, de flexibilité, de bien-être et de culture inclusive poussent les entreprises à se moderniser, à redéfinir leur environnement de travail et à renforcer leur image de marque à titre d'employeur. En d'autres termes, la *Gen Z* n'entre pas seulement sur le marché du travail ; elle contribue à le transformer[3].

Cette omniprésence de la technologie s'accompagne aussi d'une nouvelle forme d'anxiété financière : le décalage entre l'image idéalisée des réseaux sociaux et la réalité du manque de perspectives d'emploi[4].

3. J. Catalano, The evolution of work: How Gen Z is reshaping leadership and workplace culture,Forbes, 2 avril 2025 (en anglais seulement).
4. Randstad Canada, *Rapport Randstad : la génération Z est ambitieuse, en mouvement et transforme le marché du travail canadien*, 14 octobre 2025.

La perfection comme objectif

La *Gen Z* fait son entrée sur le marché du travail à un moment où tout semble plus intense. Le pouvoir d'achat diminue, les occasions d'emploi se raréfient et la comparaison sociale est incessante. Cela se traduit par un stress financier qui se manifeste plus tôt – et de manière plus marquée – que chez toute autre génération canadienne à l'heure actuelle[5].

Le coût de la vie augmente plus rapidement que les salaires. Près de la moitié des Canadiens estiment que la hausse des prix a désormais des répercussions importantes sur leurs dépenses quotidiennes, contre environ un tiers il y a seulement deux ans[6]. Alors que les jeunes Canadiens consacrent 50 % ou plus de leurs revenus à l'achat de produits de première nécessité, beaucoup vivent de paie en paie, prennent un deuxième emploi ou réduisent leurs loisirs pour joindre les deux bouts[7].

La situation de l'emploi n'apporte que peu de répit. Le taux de chômage chez les jeunes continue d'être élevé. Il a atteint son niveau le plus haut depuis plus de dix ans, sauf pendant la pandémie. Cette réalité nuit à la mobilité professionnelle en début de carrière et pousse de nombreux jeunes adultes à conserver plus longtemps des emplois aux possibilités d'avancement limitées, ou à compter davantage sur le soutien de leur famille[8,9].

D'autre part, les réseaux sociaux ont accentué le culte de la réussite financière apparente. Plus de 50 % des jeunes Canadiens déclarent ressentir le besoin de projeter une image de réussite en ligne, et près des deux tiers estiment être en moins bonne position financière que leurs pairs. Ce flot constant d'images de réussite savamment mises en scène peut donner l'impression que même des objectifs plus réalistes sont hors de portée[10].

Le manque de connaissances financières complique encore davantage la situation. Près de la moitié des jeunes adultes ne savent pas vers qui se tourner pour obtenir des conseils financiers fiables. Pour beaucoup, les notions de base sur la gestion d'un budget, le crédit, l'épargne et l'assurance restent encore à acquérir. Seuls 20 % des jeunes adultes disent se sentir en sécurité sur le plan financier, tandis que 83 % déclarent s'inquiéter pour leur avenir professionnel. La précarité, les contrats à court terme et les changements fréquents d'emploi entraînent des revenus irréguliers et un accès inégal aux couvertures d'assurance. Cette situation ne fait qu'accroître l'incertitude[10,11].

Le coût émotionnel est lourd. Beaucoup remettent leurs objectifs personnels à plus tard ou ont recours à des stratégies d'adaptation à court terme qui leur apportent un soulagement momentané, comme vivre à crédit et se concentrer sur leur survie financière plutôt que sur leur stabilité à long terme.

5. Jim Wilson, *Top challenges for Canadian youth: Digital fatigue, mental health strain, costofliving pressure*, Human Resources Director, 10 décembre 2025 (en anglais seulement).
6. Statistique Canada, Près de la moitié des Canadiennes et des Canadiens déclarent que la hausse des prix a une grande incidence sur leur capacité d'assumer leurs dépenses quotidiennes, Le Quotidien, 15 août 2024.
7. Rentals.ca, Half of young Canadians spend over 50% of income on rent, Rentals.ca survey, 13 août 2025 (en anglais seulement).
8. Statistique Canada, *Les jeunes doivent composer avec un marché du travail difficile durant l'été et jusqu'en septembre, 28 octobre 2025*.
9. Nora Galbraith et Nadine Laflamme, Être adultes ensemble : quand parents et enfants adultes cohabitent, Statistique Canada, 14 août 2025.
10. Ariel Rabinovitch, Financial struggles risking mental health of Gen Z, expert says, Global News, publie le 17 octobre 2025 (en anglais seulement).
11. FP Canada, 2026 Financial Stress Index, Financial Planning for Canadians (en anglais seulement).

Impacts sur les régimes d'assurance collective

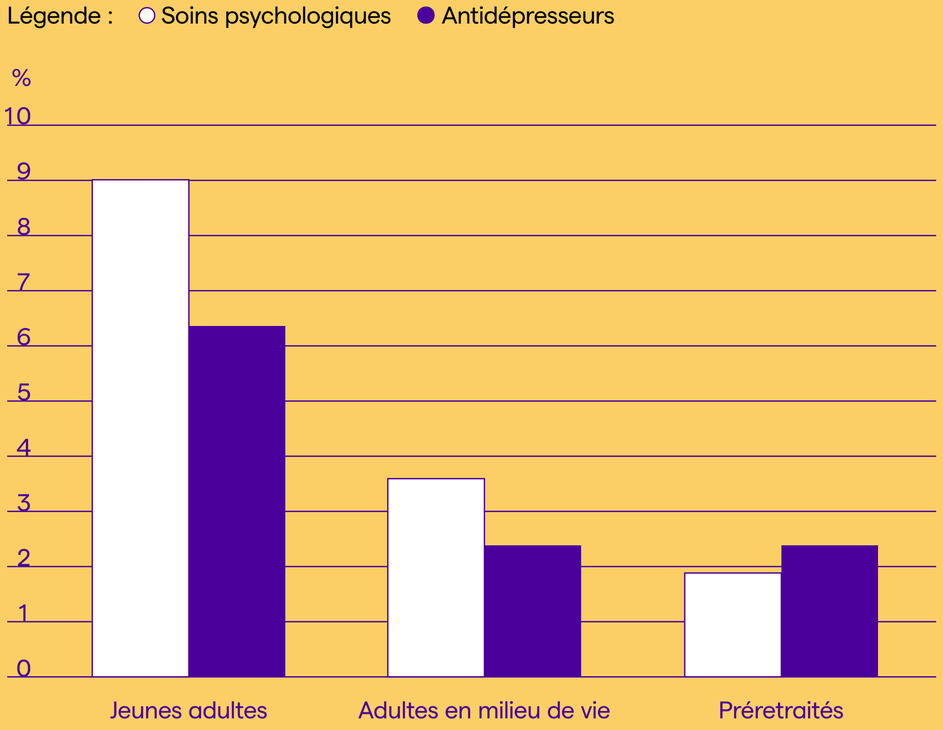
Quand le stress nuit à la santé

Les jeunes adultes occupent une place importante au sein des organisations. Veiller à leur bien-être favorise leur stabilité à long terme et contribue à préserver les compétences, les capacités et le dynamisme essentiels à leur réussite. Lorsque le stress ou les problèmes de santé s'intensifient, les organisations font face à une hausse de l'absentéisme, des demandes d'invalidité et de la rotation du personnel. Cela se traduit par une baisse de productivité et une augmentation des coûts liés aux cycles de remplacement et d'intégration. Investir dans la santé des jeunes adultes constitue donc à la fois une démarche de soutien durable et un levier de maîtrise des coûts.

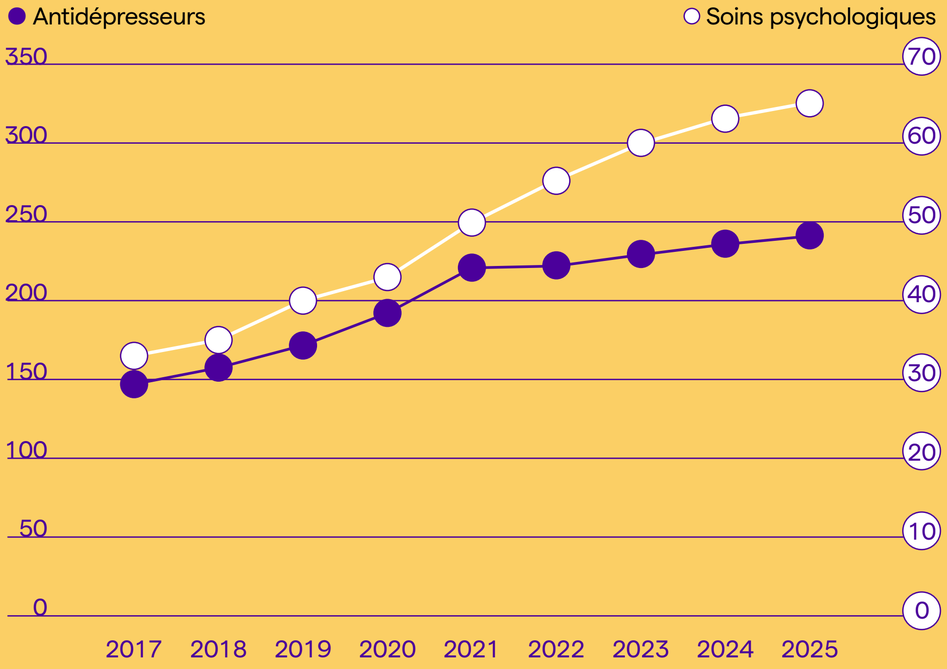
Les tendances

Selon nos données, une tendance claire se dégage chez les jeunes adultes. Entre 2017 et 2025, le nombre de jeunes assurés qui ont consulté un professionnel de la santé mentale a doublé, soit une augmentation annuelle moyenne de 9 %. Pour la même période, la prise d'antidépresseurs a également progressé 2,5 fois plus vite dans ce groupe que dans les autres tranches d'âge.

Graphique 1 : Croissance annuelle moyenne du recours aux soins psychologiques et aux antidépresseurs



Graphique 2 : Incidence pour 1 000 Jeunes adultes (entre 18 et 30 ans)



Prises ensemble, ces tendances montrent que les jeunes adultes couverts par un régime collectif ont davantage recours aux services d'aide. Cependant, si l'on considère toutefois les niveaux d'utilisation, les antidépresseurs demeurent le traitement le plus souvent privilégié pour la même période. Ce contraste suggère que, malgré un recours croissant à l'aide professionnelle, le traitement pharmacologique reste la forme de prise en charge la plus courante.

Toutefois, selon le Dr Robitaille, psychiatre et médecin-conseil chez Beneva, les médicaments ont leurs limites. «Pour la plupart des troubles de santé mentale courants, les médicaments n'apportent qu'une contribution partielle à l'amélioration clinique et fonctionnelle. D'autres formes de soins, incluant la prise en charge par des professionnels de la santé comme des psychothérapeutes ou des ergothérapeutes, complètent souvent le travail du médecin traitant et jouent un rôle essentiel. Même si les médicaments peuvent aider, ils sont rarement le seul élément nécessaire au rétablissement.»

Les difficultés d'accès contribuent aussi à ce déséquilibre dans l'utilisation. Selon le Dr Denis, omnipraticien et médecin-conseil chez Beneva, l'accès à un accompagnement psychothérapeutique demeure inégal, même lorsque ces services sont inclus dans les régimes d'assurance collective. La psychothérapie comporte des coûts importants, et les régimes d'assurance ne proposent pas tous le même niveau de couverture, ce qui peut entraîner des frais à la charge des adhérents. De plus, les longs délais d'attente peuvent retarder l'accès au traitement. En l'absence d'un accompagnement psychothérapeutique accessible, les médecins n'ont parfois d'autre choix que de prescrire des médicaments pour soulager les symptômes.

Dans ce contexte, les tendances indiquent que les antidépresseurs restent plus largement utilisés que les services psychothérapeutiques, non pas parce qu'ils sont plus efficaces ou davantage appréciés, mais parce qu'ils sont souvent plus accessibles et que leur coût initial est moindre.

Solutions et mesures préventives

Afin de rétablir l'équilibre et d'adapter les régimes collectifs aux besoins en santé de cette génération, les preneurs peuvent envisager des ajustements ciblés à la couverture et à l'accès aux soins.

Élargir la couverture ou augmenter des montants couverts pour les professionnels de la santé mentale – comme les travailleurs sociaux et les thérapeutes et les psychologues autorisés – peut permettre une intervention plus précoce, plutôt que d'attendre que les symptômes s'aggravent au point de nécessiter un traitement médicamenteux ou d'entraîner une invalidité. Réduire les frais à la charge des adhérents favoriserait l'accès à des soins professionnels dès l'apparition des premiers symptômes.

Les programmes d'aide aux employés (PAE) peuvent remplir un rôle complémentaire au sein de ce parcours de soins, à condition d'être clairement définis et bien compris. Ils sont conçus pour offrir un soutien rapide et à court terme, et pour orienter les personnes vers les ressources appropriées lorsque des sources de stress psychologiques, financières ou personnelles émergent. Les PAE constituent ainsi un outil de prévention et d'intervention précoce, sans remplacer un suivi psychologique régulier.

Cela dit, beaucoup de jeunes adultes disent rencontrer des obstacles lors de l'utilisation des PAE. La connaissance des services offerts est souvent limitée, et des préoccupations persistent quant à la confidentialité[12]. Lorsque le rôle des PAE n'est pas clairement expliqué, les adhérents risquent de ne pas y avoir recours. Préciser la place qu'occupent ces programmes dans l'offre globale de soins de santé mentale permettrait de s'assurer qu'ils soient utilisés conformément à leur objectif et au moment approprié.

En complément des approches de soins traditionnelles, les comptes santé et mieux-être offrent des options plus souples et mieux adaptées aux besoins individuels pour soutenir la santé mentale. Si les comptes santé peuvent contribuer à couvrir les frais restants pour les services admissibles, les comptes mieux-être favorisent quant à eux des solutions préventives qui réduisent les obstacles financiers et encouragent une intervention plus précoce.

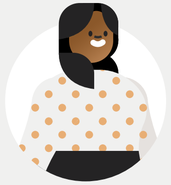
L'activité physique constitue une solution particulièrement accessible, dont les bienfaits pour la santé mentale sont largement reconnus, surtout pour la dépression légère à modérée. Rendre les programmes d'activité physique admissibles à un remboursement par le biais d'un compte mieux-être offre un moyen pratique et discret d'encourager des habitudes plus saines, de réduire les obstacles financiers et de soutenir la viabilité à long terme du régime[13].

Enfin, compte tenu des habitudes numériques de cette génération, la télémédecine peut constituer un complément intéressant aux consultations en personne, en offrant un accès rapide aux services médicaux.

12. Recherche en santé mentale Canada (RSMC), *Couverture des services de santé mentale – L'accès et l'utilisation de l'assurance santé privée et du programme d'aide aux employés*, novembre 2023.

13. Dr N. Fabiano, Portail de l'assurance, 23 septembre 2025.

Les répercussions du stress financier au travail



Entrevue avec **Doreena Sophie**,
Directrice des ressources humaines et de la conformité
chez XN Worldwide Insurance

Le stress financier dépasse la vie personnelle. Il nous accompagne au travail, de manière souvent discrète, et bien avant qu'on en prenne conscience. Pour les employeurs, le défi consiste à savoir reconnaître ces signaux et à y réagir d'une manière qui soutient les employés en début de carrière, sans jugement ni préjugés. Chez XN Worldwide Insurance, une entreprise à vocation internationale avec un personnel diversifié et multigénérationnel, le stress financier est considéré comme une réalité du monde du travail susceptible d'influencer l'engagement, la performance et le bien-être des employés.

Dans cette entrevue, Doreena Sophie, directrice des ressources humaines et de la conformité chez XN Worldwide Insurance, nous explique à quoi ressemble le stress financier au quotidien et comment les employeurs peuvent créer un environnement de travail qui aide les jeunes employés à se sentir motivés, accompagnés et confiants tout au long de leur parcours professionnel.

Selon vous, y a-t-il un lien entre les préoccupations financières et certains aspects du bien-être des employés au travail ?

Absolument. Même si les jeunes employés n'expriment pas toujours leurs inquiétudes financières, les répercussions sont visibles. Le stress financier se manifeste par une baisse de la productivité, une diminution de la qualité du travail, une perte de motivation, de l'absentéisme et une plus grande propension à renégocier leur salaire ou à envisager de changer d'emploi.

Quels signes concrets remarquez-vous lorsque les gens sont sous pression financière ?

Les difficultés financières conduisent souvent à un repli sur soi, notamment à l'égard des activités qui impliquent des dépenses personnelles. Les employés peuvent également ressentir un stress accru lié aux frais de transport ou à d'autres coûts associés à leur travail. À long terme, cette pression peut nuire à la productivité et à la motivation.

Quelles tendances observez-vous dans la manière dont les employés cherchent à obtenir de l'aide pour leur santé mentale ?

Les jeunes employés recherchent souvent une oreille attentive, de la flexibilité et des arrangements à court terme. Certains ont recours au programme d'aide aux employés (PAE), qui offre des conseils financiers et juridiques, des outils de gestion budgétaire et des ressources pour renforcer la résilience. On constate également une hausse des demandes de mesures d'adaptation exceptionnelles, comme le télétravail occasionnel, afin de préserver un certain équilibre.

Quel message encourageant pourriez-vous adresser aux employeurs pour les inciter à soutenir les employés en début de carrière ?

Le stress financier est de moins en moins considéré comme tabou, et les employeurs ont tout intérêt à aborder de front la question. Les jeunes employés sont pleins de potentiel, mais présentent également certaines vulnérabilités. Soutenir leur bien-être financier et faciliter leur accès aux ressources est à la fois une question d'empathie et de stratégie. Cela permet d'avoir des employés confiants, impliqués et résilients, capables de s'investir pleinement dans l'entreprise tout en se sentant plus en sécurité quant à leur avenir.

Adultes en milieu de vie (entre 31 et 50 ans)

L'épine dorsale de la main-d'œuvre canadienne

Réunissant les milléniaux et la jeune génération X, ce groupe sert de pont entre les mondes analogique et numérique. Il constitue aujourd'hui le segment le plus influent de la main-d'œuvre. Alliant expérience, capacité d'adaptation et savoir-faire technique, il possède un haut niveau de compétences, un fort potentiel de leadership et une connaissance approfondie des organisations.

Une réalité marquante pour bien des personnes de cette tranche d'âge est qu'elles constituent une part importante de la «génération sandwich». Elles doivent à la fois prodiguer des soins à leurs parents vieillissants et assumer les responsabilités liées à leurs propres enfants. Cette prise en étau résulte davantage de la charge émotionnelle, logistique et chronophage de leurs responsabilités familiales que de leur âge ou de la taille de leur famille. Leur vie quotidienne est rythmée par les allers-retours à l'école, les obligations professionnelles, les tâches ménagères et la perte d'autonomie des membres âgés de leur famille[14,15].

Pour cette génération, trouver le juste équilibre n'est pas un objectif immuable, mais plutôt le fruit d'une négociation constante. Devoir subvenir aux besoins de deux générations à la fois, souvent tout en portant d'importantes responsabilités professionnelles, a une incidence directe sur leur niveau de stress, leurs contraintes de temps et leur recours aux prestations pour les aider à rester en bonne santé, à protéger leur famille et à faire face aux imprévus[15].

14. Centre canadien d'excellence pour les aidants, 2024, Être aidant au Canada.

15. Statistique Canada, « Pris en sandwich » entre la prestation de soins non rémunérés à des enfants et à des adultes dépendants de soins : une analyse comparative entre les genres, 2 avril 2024.

Quand le stress financier est omniprésent

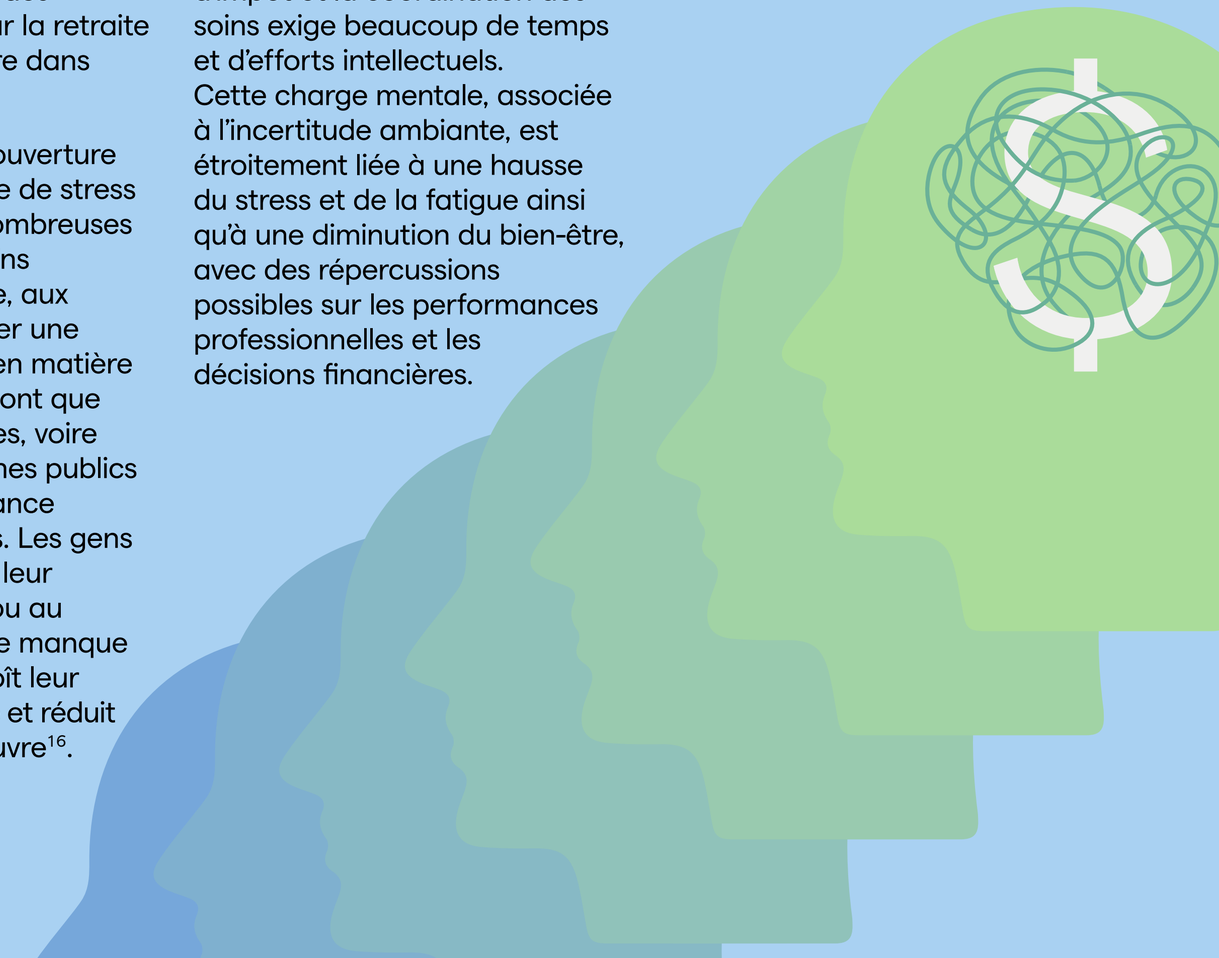
Pour les adultes dans leurs années les plus actives, le stress financier est rarement dû à un seul facteur. Il est la conséquence du chevauchement des responsabilités, de la hausse des coûts et des lacunes dans la couverture, lesquelles créent une pression constante. Comme le souligne le Dr Robitaille, psychiatre et médecin-conseil, «le rythme de vie effréné agit comme un facteur aggravant », transformant ce stress épisodique en un stress structurel.

Cette étape de la vie est aussi celle où les dépenses des ménages sont à leur sommet. Les coûts relatifs au logement, à l'alimentation, aux transports, à la garde d'enfants et au remboursement des dettes sont généralement plus élevés au cours de ces années. Parallèlement, des dépenses supplémentaires liées à l'adaptation du domicile ou aux soins privés pour les parents âgés créent des pressions financières qui peuvent rapidement devenir lourdes à porter. L'augmentation graduelle de ces responsabilités rend leur impact financier difficile à prévoir.

Les responsabilités liées aux soins prodigués à un proche influencent souvent les choix professionnels. Elles entraînent des contraintes salariales et des compromis de carrière qui accentuent le stress financier. Selon une étude de Statistique Canada, les aidants pris en sandwich sont plus susceptibles d'adapter leur emploi du temps (30 %), de réduire leurs heures de travail (14 %) ou d'alléger leurs tâches et leurs responsabilités (9 %). Ils sont également plus enclins à renoncer à une promotion (7 %) que les personnes aidantes fournissant des soins uniquement à des adultes ou à des enfants[15]. Ces ajustements sont souvent envisagés comme des solutions à court terme. Ils ont toutefois des répercussions négatives sur les revenus potentiels. À la longue, ils finissent par affecter la croissance des revenus, l'épargne pour la retraite et la sécurité financière dans son ensemble.

Les lacunes dans la couverture constituent une source de stress supplémentaire. De nombreuses dépenses liées aux soins prodigués à un proche, aux démarches pour fonder une famille ou au soutien en matière de santé mentale ne sont que partiellement couvertes, voire exclues, par les systèmes publics et les régimes d'assurance collective traditionnels. Les gens ont souvent recours à leur épargne personnelle ou au crédit pour combler ce manque à gagner, ce qui accroît leur vulnérabilité financière et réduit leur marge de manœuvre[16].

Et enfin, le fardeau administratif lié à la gestion des finances est lui aussi un facteur de stress. S'y retrouver parmi les prestations, les remboursements, les crédits d'impôt et la coordination des soins exige beaucoup de temps et d'efforts intellectuels. Cette charge mentale, associée à l'incertitude ambiante, est étroitement liée à une hausse du stress et de la fatigue ainsi qu'à une diminution du bien-être, avec des répercussions possibles sur les performances professionnelles et les décisions financières.



15. Statistique Canada, « Pris en sandwich » entre la prestation de soins non rémunérés à des enfants et à des adultes dépendants de soins : une analyse comparative entre les genres, 2 avril 2024.
16. Gouvernement du Canada, Soutien financier pour le traitement de la fertilité et la maternité de substitution.

Impacts sur les régimes d'assurance collective

Quand le stress nuit à la santé

Constituant l'essentiel de la population active, les adhérents de ce groupe d'âge possèdent un savoir organisationnel important et jouent souvent un rôle central dans la stabilité des activités. Les données sont claires : un stress financier prolongé a des répercussions importantes, tant sur la santé mentale que physique. Les Canadiens préoccupés par leur situation financière sont deux fois plus susceptibles d'estimer qu'ils sont en mauvaise santé[17,18].

Les facteurs psychologiques

Ressentir constamment une pression financière accroît la détresse psychologique et la fatigue émotionnelle, deux éléments centraux du syndrome d'épuisement professionnel. Au sein de cette cohorte, les demandes d'indemnisation pour soins psychologiques sont les plus élevées parmi tous les groupes d'âge, mais leur croissance est restée relativement stable, à 4 % par an depuis 2017. Parallèlement, ce groupe a enregistré la croissance la plus forte de la part des demandes d'indemnisation d'invalidité de courte durée pour des raisons de santé mentale, avec une hausse de 8 % depuis 2019.

Prises ensemble, ces tendances indiquent que l'enjeu porte moins sur l'utilisation des services que sur le moment où l'intervention a lieu. Un recours important aux services d'aide psychologique ne signifie pas nécessairement que la prise en charge intervient à un stade précoce ou qu'elle est utilisée à titre préventif. Les données canadiennes montrent que de nombreuses personnes qui répondent aux critères diagnostiques d'un trouble mental ne vont pas consulter au cours de l'année, et beaucoup d'entre elles font état du manque de services de soutien psychologique ou de psychothérapie[19].

Les horaires chargés contribuent également à retarder le traitement. Un sondage Ipsos a révélé que sept Canadiens sur dix (68 %) ont déjà manqué un rendez-vous chez le médecin, pour des raisons allant des longs délais d'attente à l'impossibilité de trouver un médecin en dehors des heures de travail. Enfin, il n'est pas surprenant que le montant élevé des frais à la charge des adhérents soit également un facteur aggravant[20].

Dans ce contexte, la question n'est pas de savoir si les soins sont utilisés, mais plutôt à quel moment et dans quelle mesure ils y ont accès. Les retards dus aux contraintes de temps, aux obstacles à l'accès aux soins et aux frais à la charge des adhérents augmentent le risque que le stress débouche sur des problèmes de santé plus complexes et plus coûteux.

17. Agence de la consommation en matière financière du Canada, Le stress financier et ses impacts,
18. Benefits Canada, The Benefits Canada Healthcare Survey 2025 (en anglais seulement).
19. Statistique Canada, Ellen Stephenson, Troubles mentaux et accès aux soins de santé mentale, Regards sur la société canadienne, septembre 2023.
20. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Les Canadiens signalent que leurs besoins en matière de soins de santé mentale augmentent, tout comme les obstacles qu'ils rencontrent pour accéder à ces soins, enquête de 2023 du Fonds du Commonwealth.

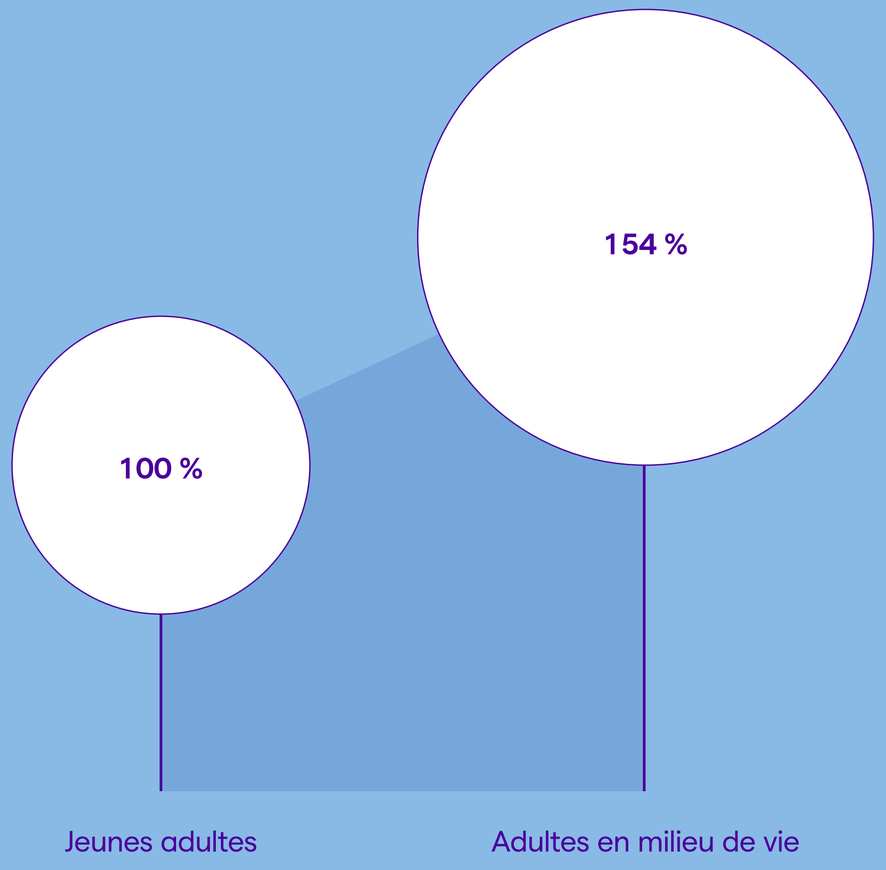
Les facteurs physiques

Au fil du temps, l'effet physique du stress se manifeste de plus en plus sur le plan physique. Les personnes souffrant de stress chronique sont plus susceptibles de se plaindre de fatigue persistante, de troubles du sommeil, de maux de tête et de douleurs musculo-squelettiques. «Lorsque le stress est constant, on a tendance à tomber plus souvent malade. Des symptômes physiques peuvent apparaître, lesquels trouvent souvent leur origine dans un déséquilibre interne sous-jacent», explique le Dr Denis, omnipraticien et médecin-conseil chez Beneva.

Un stress constant peut évoluer vers une détresse psychologique, laquelle est étroitement associée à des troubles cardiométaboliques comme le diabète et l'hypertension, ainsi qu'aux maladies cardiovasculaires. Bien que le stress ne soit pas à lui seul à l'origine de ces pathologies, il accentue les problèmes de santé existants et peut aggraver les symptômes, les besoins en traitement et les tensions quotidiennes[21].

Cette tendance généralisée se reflète dans nos données de 2025. Les dépenses liées aux médicaments augmentent d'un peu plus de 50 % par assuré entre les jeunes adultes et les adultes en milieu de vie, reflétant ainsi la hausse importante des maladies chroniques et de la morbidité globale qui survient lors des années les plus actives de la vie professionnelle. On observe que le stress prolongé et l'augmentation des maladies chroniques surviennent simultanément chez les adultes en milieu de vie. Cela se traduit par un recours accru aux soins de santé et par des besoins de santé plus complexes, même si le stress n'est pas le seul facteur en cause.

Graphique 3 : Coût moyen en médicaments par personne assurée – Adultes en milieu de vie par rapport aux jeunes adultes
Indice (Jeunes adultes = 100 %)



21. M. Hatamova, M. Rizk, K. Rattan, A. Gaballa et SI McFarlane, Chronic stress, diabetes, and cardiovascular disease: epidemiologic evidence, pathogenetic insights, and therapeutic strategies, Cureus (en anglais seulement).

Solutions et mesures préventives

Les régimes d'assurance collective modulaires, comme ceux proposés par Beneva, conviennent particulièrement bien à cette tranche de la population. En proposant différents niveaux de protection, généralement organisés autour de trois options de couverture, les régimes modulaires permettent aux employés d'adapter leurs prestations à l'évolution de leurs responsabilités et de leur exposition aux risques. Cette flexibilité contribue à alléger la pression financière en réduisant les frais à la charge des employés à des moments clés, que ce soit pour des besoins familiaux, des responsabilités liées à des soins ou l'apparition de problèmes de santé. Elle permet aussi aux preneurs de respecter leur budget et de maintenir une certaine prévisibilité.

Une assurance-vie facultative peut venir compléter cette approche modulaire dans la conception du régime. Payée par les employés, elle permet aux preneurs d'élargir le cadre de protection global. Elle n'augmente ni les coûts du régime ni la charge administrative. Les primes sont généralement prélevées à même le salaire, ce qui fait de l'assurance-vie facultative un moyen qui facilite la flexibilité et la valeur perçue.

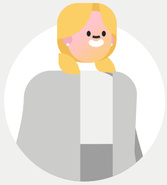
Au-delà des programmes de couverture et d'aide, l'accessibilité est essentielle. La télémédecine répond directement aux contraintes de temps auxquelles sont confrontés les employés en milieu de vie. Elle leur permet de consulter plus rapidement un médecin sans modifier leur horaire de travail ou leurs obligations familiales. La réduction des délais limite le risque d'aggravation des problèmes de santé, ce qui permet d'éviter des coûts inutiles tant pour les preneurs que pour les employés.

Les mesures d'adaptation au travail renforcent davantage l'efficacité de la couverture des avantages sociaux. Les modalités de travail flexibles, ainsi que les possibilités de congés pris en charge par l'employeur et les mesures de retour au travail structurées permettent aux employés de demeurer en poste lors des périodes difficiles.

Ensemble, les prestations modulables, les couvertures facultatives, les soins virtuels et les modalités de travail flexibles constituent une stratégie d'assurance collective cohérente.

Cette approche permet de lutter contre le stress financier à la source. Elle offre aux employés la flexibilité et la protection nécessaires pour faire face aux aléas de la vie. Elle aide aussi les preneurs à préserver la productivité, à retenir leurs employés d'expérience et à gérer les risques à long terme. Pour cette cohorte, les prestations adaptées ne sont pas un luxe, mais une infrastructure indispensable.

Reconnaître les différents parcours vers la parentalité



Entrevue avec **Marie-Claude Parent,**
Directrice, Culture et développement organisationnel chez Beneva

Les décisions concernant le moment, la manière ou même le choix de devenir parent ne suivent plus un parcours linéaire ni un modèle unique. Les naissances chez les femmes âgées de 30 à 40 ans représentent désormais la plus grande part au Canada, alors même que l'indice synthétique de fécondité a atteint son plus bas niveau historique. Ce phénomène reflète l'évolution des normes sociales, des réalités économiques, des parcours professionnels et des choix personnels[22].

Ces changements commencent également à se manifester dans le recours aux prestations, avec une légère augmentation des demandes d'indemnisation en lien avec la fertilité chez les adhérents en milieu de carrière. Cette augmentation est en partie liée au fait que les femmes ont des enfants plus tard et à une probabilité plus élevée de problèmes de conception. Toutefois, le facteur temps en soi n'explique pas tout. La notion même de famille est en pleine évolution. Les couples de même sexe, les parents célibataires par choix, les familles recomposées et les personnes qui ne peuvent pas avoir d'enfants sans avoir recours à la procréation assistée sont autant d'exemples montrant que plusieurs chemins mènent à la parentalité.

Ensemble, ces tendances mettent en évidence un changement profond : la parentalité se fait désormais plus tard, différemment et de manière plus diversifiée que par le passé. Elle coïncide souvent avec des périodes de grandes responsabilités professionnelles, de pression financière et de tensions émotionnelles. Pour les organisations, cette évolution a des répercussions directes sur la conception des régimes d'assurance collective et les pratiques en milieu de travail. Savoir reconnaître et soutenir les modèles familiaux dans toute leur diversité est essentiel à la création d'environnements de travail inclusifs et résilients qui sont le reflet des modes et des projets de vie du monde d'aujourd'hui.

Pour en savoir plus sur ce sujet, nous avons discuté avec Marie-Claude Parent, directrice, Culture et développement organisationnel, chez Beneva.

22. Statistique Canada, La fécondité au Canada de 1921 à 2022, Documents démographiques, 31 janvier 2024.

Pourquoi est-il important de prendre en compte les différents parcours vers la parentalité dans le cadre d'une assurance collective ?

Reconnaître la diversité des parcours familiaux est à la fois une décision qui place l'humain au cœur de nos actions et un impératif d'affaires. Soutenir dès le départ le projet de fonder une famille renforce l'image de marque de l'employeur et favorise le sentiment d'appartenance. Cela permet aussi de mieux tenir compte des réalités d'aujourd'hui, qui dépassent les modèles hétéronormatifs. Du point de vue de l'assurance collective, cette approche contribue à réduire le stress, la fatigue et l'absentéisme. Cela favorise également la sécurité psychologique et garantit un accès plus équitable aux prestations, peu importe la manière d'accéder à la parentalité.

À quelles réalités courantes les employés doivent-ils faire face lorsqu'ils fondent une famille ?

Dans tous les projets de parentalité, l'incertitude et le manque de contrôle sont des sources importantes de stress. Les délais d'attente, les imprévisibilités et la complexité des démarches administratives alourdissent la charge mentale. De plus, les coûts sont souvent élevés et partiellement pris en charge par les régimes de base. Ces réalités exigent du temps, de la flexibilité et des échanges francs avec ses supérieurs.

En quoi les structures familiales non traditionnelles exacerbent-elles ces difficultés ?

Les traitements de fertilité, l'adoption et le recours à une mère porteuse entraînent souvent des frais juridiques et d'autres coûts. Ces frais peuvent être liés aux services médicaux, aux programmes de don, aux évaluations psychosociales ou aux déplacements. Une grande partie de ces frais n'est pas couverte par les régimes traditionnels, ce qui engendre des inégalités financières pour certains employés. Le fardeau émotionnel associé à ces parcours familiaux non traditionnels peut affecter la concentration et la présence au travail. Cela souligne l'importance de mettre en place des processus d'évaluation du rendement exempts de préjugés.

Quelles sont les meilleures solutions ?

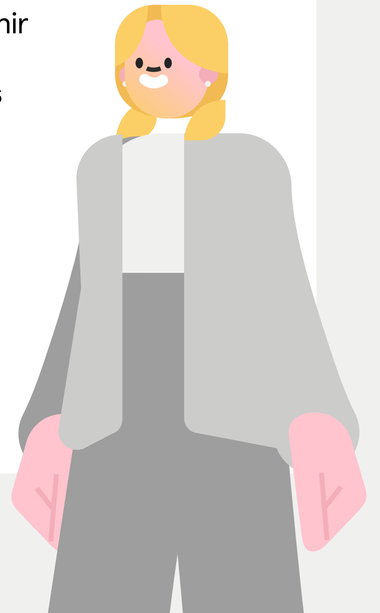
Le levier le plus efficace est sans contredit la structure de l'assurance collective et les politiques de travail connexes. Les solutions inclusives misent davantage sur la finalité du projet parental que sur la manière d'y parvenir. Ces solutions peuvent comprendre des prestations qui couvrent toutes les voies d'accès à la parentalité, des congés flexibles et équitables, des allocations financières ciblées, ainsi que l'accès à un service de soutien en santé mentale et aux programmes d'aide aux employés. Également, des modalités de travail flexibles, des procédures de demande de congé médical discrètes et une stratégie claire de retour au travail peuvent apporter un soutien supplémentaire aux employés pendant ces périodes exigeantes.

Comment les entreprises peuvent-elles garantir l'efficacité de ces solutions ?

L'utilisation d'un langage, de formulaires et de systèmes inclusifs contribue à renforcer la confiance, mais cela doit être soutenu par des mesures concrètes. Pour que les prestations demeurent accessibles, utilisées et perçues comme équitables, il est essentiel de sensibiliser les gestionnaires à la confidentialité, aux préjugés et aux pratiques inclusives.

Quels préjugés existent encore, et comment peut-on y remédier ?

Les idées reçues relatives à la disponibilité ou à l'engagement, les politiques hétérocentrées et les reculs de carrière informels affaiblissent les régimes d'assurance collective, même les mieux conçus. Les équipes EDI et les dirigeants ont un rôle clé à jouer. Ils doivent examiner les politiques sous l'angle de la diversité des trajectoires, surveiller les indicateurs d'utilisation et de fidélisation, impliquer les groupes de ressources pour les employés et fournir aux gestionnaires des directives claires et de la formation.



Préretraités (entre 51 et 65 ans)

Les experts de longue date

Les préretraités sont généralement des travailleurs chevronnés de la génération X qui détiennent une grande partie des connaissances institutionnelles. Dans de nombreuses organisations, ils occupent des postes techniques de haut niveau, des rôles de direction ou des fonctions hautement spécialisées.

Ils comprennent les systèmes, les clients, les processus internes et le contexte historique d'une manière qui ne peut être rapidement répertoriée ou transmise. Ils font souvent office de mentors informels, de facilitateurs et d'agents stabilisateurs au sein des équipes, assurant la continuité en période de changement et épaulant leurs collègues moins expérimentés.

À cette étape de leur carrière, la retraite perd son caractère lointain et devient pour eux une préoccupation réelle. Leurs réflexions quant au moment de quitter la vie active, à la durée pendant laquelle demeurer en emploi et à la viabilité financière de la retraite prennent de plus en plus de place. Souvent, ces décisions sont dictées par les obligations financières qu'ils ont, notamment le soutien aux besoins de leurs enfants adultes tout en continuant à épargner.

Quand le temps est compté

Pour les préretraités, le stress financier est en grande partie lié au manque de temps. À l'approche de la retraite, les décisions financières prennent davantage d'importance et la capacité à se remettre d'éventuels revers s'amenuise. À mesure que le nombre d'années de vie active restantes décroît, les dépenses imprévues deviennent plus lourdes, ce qui augmente la sensibilité à l'incertitude et influence directement les décisions sur le choix de partir à la retraite ou de continuer à travailler[23].

Selon le *2023 Canadian Retirement Survey*, 75 % des préretraités disent avoir 100 000 dollars ou moins en économies, et 44 % moins de 5 000 dollars[24]. Plus récemment, le *Sondage de 2025 sur la retraite par Investissements RPC* a révélé que 59 % des Canadiens craignent d'épuiser leurs économies avant leur décès, et que cette inquiétude est la plus forte chez les 55 à 59 ans[25].

Les obligations financières à assumer intensifient encore davantage cette pression, puisque de nombreux préretraités subviennent plus longtemps aux besoins de leurs enfants adultes que ce qu'ils avaient initialement prévu. En parallèle, ils commencent à projeter leurs coûts actuels dans la période de retraite, ce qui rend les enjeux d'abordabilité plus pressants et plus concrets[26].

Les préoccupations liées à la santé se font également de plus en plus présentes à cette étape de la vie. Avec l'âge, la consommation de médicaments a tendance à augmenter, ce qui soulève des questions sur les besoins actuels ou futurs de couverture après la fin des prestations des régimes d'assurance collective. Même en l'absence de problèmes de santé immédiats, la perspective de devoir faire face à des dépenses futures avec un revenu fixe ou réduit peut devenir une source d'inquiétude. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, une personne âgée sur quatre se voyait prescrire 10 catégories de médicaments ou plus en 2021[27].

Toutes ces pressions combinées génèrent une forme de stress plus anticipatoire et moins réactive que lors des étapes précédentes de la vie.

Pour les préretraités, le stress financier est de plus en plus lié à des considérations à long terme, à un manque de flexibilité et à des décisions difficilement réversibles, ce qui influence la manière dont ils concilient santé, travail et retraite.

3

23. Statistique Canada, La majorité des personnes qui prévoient prendre leur retraite continueraient à travailler plus longtemps si elles pouvaient réduire leurs heures de travail et leur niveau de stress, Le Quotidien, août 2023.
24. Healthcare of Ontario Pension Plan (HOOPP), 2023 Canadian Retirement Survey, 15 juin 2023 (en anglais seulement).
25. Investissements RPC, Sondage de 2025 sur la retraite par Investissements RPC, 29 octobre 2025.
26. Commission des valeurs mobilières de l'Ontario, *Portrait de la retraite, Recherches et rapports sur les investisseurs, 2024.*
27. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, Ottawa : ICIS; 2022.

Impacts sur les régimes d’assurance collective

Quand le stress nuit à la santé

Les préretraités jouent un rôle déterminant dans la continuité des activités et des savoirs au sein des organisations. Leurs décisions influencent non seulement leur trajectoire professionnelle, mais aussi la transmission des connaissances et l’équilibre des équipes, à une étape de la vie où les conséquences financières de leurs choix prennent une importance particulière. Pour les preneurs, ce groupe présente également un niveau de risque accru en matière de coûts de santé. À cet âge, les pathologies et les traitements se multiplient et se complexifient, et les problèmes de santé sont plus susceptibles d’entraîner des absences prolongées et des demandes d’indemnité plus élevées.

Pour la tranche des 60 à 64 ans

37 %
des gens sont atteints de 2 maladies chroniques ou plus

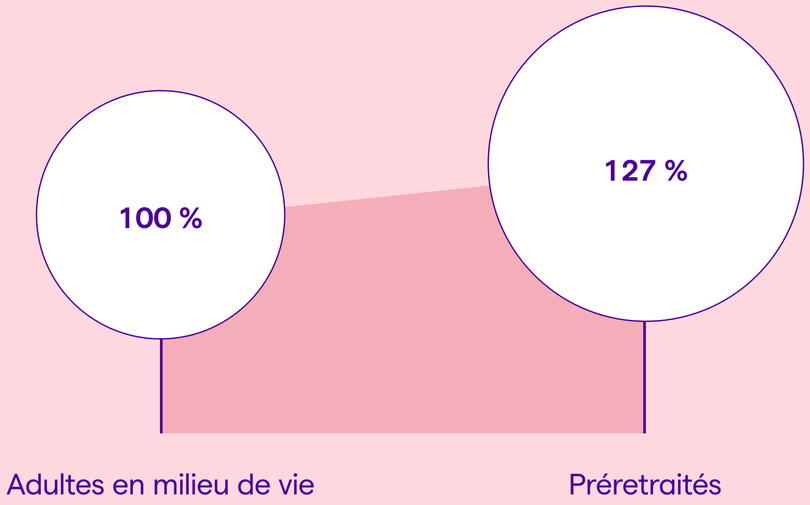
Les tendances

Les maladies chroniques occupent une place prépondérante dans les demandes d’indemnité de soins de santé chez les préretraités, tant en nombre qu’en coût. Plus d’un adulte sur quatre dans cette tranche d’âge est atteint de deux maladies chroniques ou plus. Pour les personnes plus proches de la retraite (âgées de 60 à 64 ans), ce chiffre grimpe à 37 %[28].

Nos données relatives aux demandes d’indemnité pour 2025 viennent corroborer cette tendance, avec une augmentation de 27 % des coûts des médicaments liés aux maladies chroniques et à la morbidité par assuré comparativement aux adultes en milieu de vie.

De nombreuses maladies chroniques évoluent selon des cycles imprévisibles de poussées et de rémissions qui rendent difficile le respect des attentes habituelles de régularité au travail. La charge mentale liée à la prise en charge en continu de sa santé ajoute un effort invisible aux tâches quotidiennes[29].

Graphique 4 : Coût moyen en médicaments par personne assurée – Préretraités par rapport aux adultes en milieu de vie
Indice (Adultes en milieu de vie = 100 %)



28. Gouvernement du Canada, Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC), 2025.
29. Commission de la santé mentale du Canada, Comprendre les maladies chroniques. Guide à l’intention des gestionnaires sur les mesures d’adaptation en milieu de travail.

Partie 3 – Préretraités

La corrélation entre le stress financier et le non-respect du traitement est manifeste et se traduit par des retards dans le renouvellement des ordonnances, des doses sautées ou l'arrêt du traitement. La variabilité de la couverture d'assurance pour les médicaments sur ordonnance semble être un facteur déterminant.

Une étude réalisée en 2024 a également révélé que les femmes étaient 44 % plus susceptibles de signaler un non-respect du traitement lié aux coûts, en raison de priorités concurrentes comme les soins à prodiguer à un proche, le travail et la santé personnelle[30]. Lorsque les soins sont retardés ou intermittents, les pathologies ont davantage tendance à évoluer, ce qui entraîne une augmentation des coûts en médicaments et un risque accru de voir la situation dégénérer en invalidité.

Tant les données de Statistique Canada que nos propres chiffres confirment sans équivoque que les femmes courent un risque plus élevé d'invalidité que les hommes, peu importe leur âge[31]. Même si nos données portent davantage sur l'incidence que sur la durée, la gestion de l'invalidité à cette étape de la vie peut s'avérer plus complexe en raison de la prévalence plus élevée des maladies chroniques, ce qui peut à son tour influencer la guérison et le retour au travail.

Les données empiriques publiées par l'Institut canadien des actuaires montrent que les demandes d'indemnité pour invalidité de longue durée présentées à un âge avancé ont davantage de chances de se prolonger dans le temps, signe d'une plus faible probabilité de retour au travail[32].

Pour les femmes

44 % d'entre elles sont plus susceptibles de signaler un non-respect de traitement

30. N. Rebić, L. Cheng, MR Law, JJ Cragg, LA Brotto et MA De Vera, Predictors of cost-related medication nonadherence in Canada: a repeated cross-sectional analysis of the Canadian Community Health Survey, CMAJ, 2024 (en anglais seulement).
31. Statistique Canada, Profil démographique, d'emploi et de revenu des personnes ayant une incapacité âgées de 15 ans et plus au Canada, 2022.
32. Institut canadien des actuaires, Étude sur les taux de terminaison d'invalidité de longue durée en assurance collective, janvier 2019.

Solutions et mesures préventives

Pour les preneurs, répondre aux besoins de cette génération implique de favoriser une prise en charge efficace des maladies chroniques et complexes tant que les adhérents sont actifs. Cela suppose aussi de garantir la continuité de la couverture lorsqu'ils se préparent à sortir du régime d'assurance collective.

La gestion complexe des schémas thérapeutiques, la prise de plusieurs médicaments ou le manque de clarté concernant le traitement peuvent entraîner un non-respect du traitement. Cela peut à son tour mener à une aggravation de l'état de santé. C'est là que les programmes de respect du traitement et de soutien aux patients font une réelle différence en contribuant à prévenir les hospitalisations et les complications. Les mesures de soutien pratiques peuvent inclure la synchronisation des traitements médicamenteux, l'accompagnement et la sensibilisation, afin d'aider les patients à respecter leur traitement.

La continuité de la couverture à la retraite revêt une importance tout aussi grande. Dans certains cas, les preneurs peuvent proposer des régimes d'assurance vie et d'assurance maladie aux retraités. Lorsque cette option n'est pas possible, les assureurs peuvent proposer un produit de transformation avec admissibilité garantie (sans examen médical).

Ce produit vient compléter les programmes publics en aidant à maintenir la protection lorsque la couverture publique est partielle ou limitée. Encourager une planification précoce permet de réduire le stress lié aux décisions de dernière minute et contribue à éviter toute interruption de couverture.

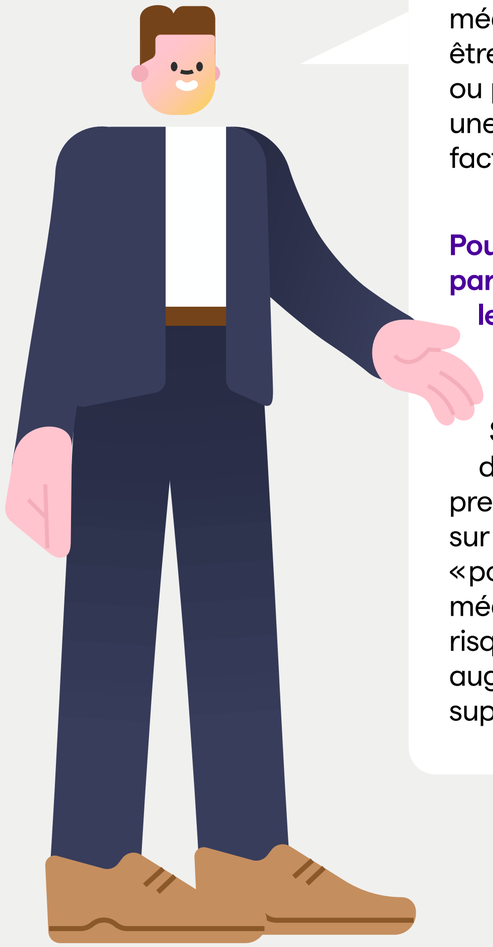
Les solutions de continuité proposées par Beneva soutiennent les adhérents à l'expiration de leur couverture collective, en leur offrant une transition progressive vers une assurance individuelle. Ces régimes comportent différents niveaux d'assurance santé et voyage, ainsi que des couvertures facultatives pour les soins dentaires et les soins de la vue. Dans l'ensemble, les produits de transformation permettent aux preneurs d'assurer une transition graduelle plutôt qu'une interruption brutale de la couverture.

Simplifier les options thérapeutiques complexes grâce à la pharmacogénétique

Entrevue avec **Michel Cameron**, Ph. D.,
Directeur adjoint et liaison en sciences médicales,
Biron Groupe Santé

Avec l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques au cours des années précédant le départ à la retraite, le véritable enjeu réside davantage dans la pertinence du traitement que dans son accessibilité. C'est là que la pharmacogénétique prend toute son importance. À partir de l'ADN d'une personne, la pharmacogénétique permet d'anticiper la manière dont celle-ci pourrait réagir à un médicament et ainsi de prescrire un traitement mieux adapté et moins susceptible d'être inefficace ou mal toléré. Et comme les résultats obtenus sont valables à vie, cela constitue également un atout à long terme pour répondre aux besoins de santé changeants jusqu'au moment de la retraite.

L'importance de ces données dépasse le cadre de la santé physique. La collaboration entre Beneva et Biron Groupe Santé vise à faire des tests pharmacogénomiques un outil pratique dans la gestion des invalidités et du rétablissement, en particulier dans les domaines où la réponse aux médicaments est très variable, tels que la santé mentale et la douleur chronique. Ainsi, la pharmacogénétique peut favoriser le respect du traitement en aidant les patients et les cliniciens à trouver plus rapidement un traitement mieux adapté, ce qui permet de réduire les contretemps évitables susceptibles de prolonger la convalescence ou de retarder le retour à une vie normale.



Qu'est-ce que la pharmacogénomique et la pharmacogénétique, en termes simples?

Ce sont des termes interchangeables qui décrivent la manière dont l'ADN d'une personne influence sa réaction aux médicaments. Un même médicament peut être efficace chez une personne et inefficace ou provoquer des effets secondaires chez une autre, et la génétique peut être un facteur déterminant dans cette variabilité.

Pourquoi la pharmacogénétique est-elle particulièrement intéressante pour les personnes âgées de 51 à 65 ans?

La consommation de médicaments augmente à cette étape de la vie. Selon Statistique Canada, entre 22 % et 52 % des Canadiens de cette tranche d'âge prennent au moins trois médicaments sur ordonnance, un phénomène appelé «polypharmacie». Lorsque plusieurs médicaments sont pris simultanément, le risque d'effets indésirables et d'interactions augmente, ce qui peut entraîner des soins supplémentaires ou des visites à l'hôpital.

Quels sont les problèmes de santé les plus fréquents chez les personnes de cette tranche d'âge?

Environ 70 % des adultes âgés de 51 à 65 ans sont en surpoids ou obèses, ce qui accroît la prévalence de maladies comme l'hypertension, le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires (Statistique Canada). L'arthrite touche environ 27 % d'entre eux, l'hypertension artérielle 25 % et le cancer 10 %. Et environ 14 % des personnes de cette tranche d'âge souffrent de troubles de l'humeur et d'anxiété.

Quel est le lien entre le stress financier et la prise de médicaments?

Le stress financier est associé à un risque de non-respect de traitement plus élevé. Jusqu'à 45 % des patients font état d'un non-respect de traitement pour des raisons de coûts, comme le fait de sauter des doses ou de ne pas renouveler ses ordonnances, ce qui peut aggraver leur état de santé et entraîner une augmentation des coûts à long terme (Osborn et coll., 2017).

Comment la pharmacogénétique peut-elle contribuer à réduire les coûts inutiles?

En orientant les cliniciens vers des médicaments plus susceptibles d'être efficaces et mieux tolérés, la pharmacogénétique permet de réduire la prescription par essais et erreurs, de limiter les effets secondaires et d'éviter les traitements inefficaces. Diverses études ont démontré que cette approche permettait de réaliser des économies dans de nombreuses spécialités cliniques, y compris en santé mentale (Bousman et coll.; Swen et coll.; Patel et coll., 2025).

Quel est le point essentiel à retenir concernant les préretraités?

La pharmacogénétique permet de personnaliser les traitements médicamenteux pour les rendre plus sûrs et plus efficaces, et, dans certains cas, même de réduire le nombre de médicaments nécessaires.

Maladies graves

Une minorité qui requiert une attention prioritaire

Les personnes qui reçoivent un diagnostic de maladie grave constituent un groupe à part au sein de la population active, qui ne se définit pas par leur âge ou la phase de leur carrière, mais par un événement médical grave survenu de manière soudaine. Ce groupe comprend les adhérents touchés par des affections comme le cancer, une crise cardiaque ou une défaillance d'un organe vital nécessitant un traitement continu.

Une maladie grave peut survenir n'importe quand. Le point commun des membres de ce groupe réside dans l'intensité des bouleversements qu'ils vivent. Une maladie grave s'accompagne souvent de protocoles de traitement complexes, de périodes de convalescence prolongées et d'incertitudes autour de la capacité à travailler. Les habitudes quotidiennes peuvent changer rapidement, le niveau d'énergie peut fluctuer et la capacité à planifier, même à court terme, peut s'en trouver affectée. Les répercussions se font souvent sentir sur l'entourage, notamment les proches, les aidants et les collègues, qui doivent s'adapter à leur tour.

Mieux comprendre ce groupe peut aider les preneurs à réagir avec davantage d'empathie et à être mieux préparés. Le fait de reconnaître que les maladies graves ne sont ni rares, ni prévisibles, ni limitées à une seule étape de la vie permet davantage de stabilité, de coordination et de cohérence lorsque les adhérents sont confrontés à de graves problèmes de santé. Pour les preneurs, cette approche garantit non seulement de meilleurs résultats pour les employés, mais aussi une culture d'entreprise plus résiliente, plus solidaire et plus humaine au moment où cela compte le plus.

Quand la maladie a un coût

Les problèmes de santé graves surviennent souvent sans crier gare et peuvent mettre immédiatement à rude épreuve le budget des ménages, à un moment où ceux-ci sont peut-être le moins bien préparés à y faire face. « Dans ce genre de situation, les gens manquent souvent de moyens financiers et de ressources, ce qui accentue leur détresse », explique le Dr Denis, omnipraticien et médecin-conseil chez Beneva.

Les contraintes financières sont dues à une combinaison de facteurs comme des dépenses de santé à la charge des adhérents, la perte de revenus et des frais de soins. Bien que les soins dispensés en milieu hospitalier soient couverts par le régime d'assurance-maladie public, de nombreuses personnes ont à supporter des coûts supplémentaires en médicaments pris à la maison, en matériel médical, en services de soins à domicile, en frais de déplacement ou en équipements pour faciliter leur vie quotidienne. Ces dépenses varient selon la situation et la province, mais c'est une réalité pour bien des personnes atteintes d'une maladie grave, quel que soit le diagnostic.

Le cancer offre un exemple bien connu de ces pressions. Le coût total des soins contre le cancer au Canada s'élevait à 26,2 milliards de dollars en 2021, dont environ 20 % étaient directement pris en charge par les patients et leur famille. Au cours de leur vie, les patients atteints d'un cancer et leurs aidants doivent s'attendre à débourser près de 33 000 dollars en frais liés à la maladie, ce qui comprend à la fois les coûts directs et indirects[33].

Ces pressions expliquent en partie pourquoi l'anxiété (et la détresse) financière est si courante chez les personnes atteintes d'une maladie grave. Souvent, les personnes gravement malades s'inquiètent de leurs remboursements hypothécaires, de leurs économies qui fondent à vue d'œil ou de leur retour au travail alors qu'elles ne se sentent pas encore prêtes physiquement.

Pour beaucoup, le problème ne réside pas seulement dans le coût en soi, mais aussi dans l'incertitude qui entoure la durée de ces difficultés financières et leur capacité à renouer avec leur revenu initial après leur rétablissement. Les obstacles à la reprise du travail ne font qu'empirer cette incertitude. Le rétablissement après une maladie grave est souvent un processus non linéaire, et les entraves au retour au travail peuvent perdurer pendant des mois après la fin du traitement.

Les recherches menées par Marie-José Durand à l'Université de Sherbrooke permettent de comprendre pourquoi cette transition est si difficile. Ses travaux montrent que les décisions relatives au retour au travail sont souvent prises par le médecin traitant et ne résultent pas d'un processus décisionnel partagé impliquant la personne adhérente. On constate souvent que des obstacles majeurs, comme la fatigue persistante et le « brouillard mental », sont fréquemment sous-estimés.

Ses recherches mettent également en évidence le rôle de l'anxiété anticipatoire, qui peut apparaître bien avant même que l'on tente de reprendre le travail. Les incertitudes entourant la productivité, les attentes en matière de performance et la capacité à répondre aux exigences professionnelles peuvent accentuer le stress pendant la convalescence et influencer la manière dont les personnes vivent leur réintégration[34].

33. Société canadienne du cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer : un rapport spécial de 2024 sur les répercussions économiques du cancer au Canada, 2024.

34. M.J. Durand, N. Vézina, N., R. Baril, P. Loisel, M.C. Richard et S. Ngomo (2009). Margin of manoeuvre indicators in the workplace during the rehabilitation process: A qualitative analysis. Journal of Occupational Rehabilitation, 19(2), 194–202.

Impacts sur les régimes d'assurance collective

Faciliter le rétablissement

Dans ces situations, la pression exercée sur les régimes d'assurance collective découle davantage de la gravité, de la durée et de la complexité des cas que de leur nombre, en particulier lorsque le rétablissement est long et nécessite des traitements spécialisés et coûteux. En adoptant une approche proactive, les preneurs peuvent offrir une protection efficace tout en préservant la stabilité tant pour les adhérents que pour l'organisation.

Les tendances

Le stress financier génère une pression supplémentaire qui influe sur la manière dont les adhérents perçoivent les soins et leur convalescence. Les inquiétudes liées aux revenus, à la sécurité de l'emploi ou à l'augmentation des dépenses nuisent à l'énergie physique et émotionnelle nécessaire au traitement et à la guérison. Des recherches canadiennes sur les maladies graves comme le cancer montrent que les tensions financières, souvent qualifiées de « toxicité financière », sont associées à une anxiété accrue et à un rétablissement plus difficile[35].

L'anxiété liée aux coûts ou à l'absence du travail peut nuire au repos, à la concentration et à la résilience émotionnelle et accroître la vulnérabilité en période de fragilité. Certaines personnes peuvent se sentir obligées de reprendre le travail avant d'être prêtes physiquement ou mentalement, tandis que d'autres sont en proie à l'incertitude et se demandent si elles seront capables de reprendre leur poste[36].

Le stress financier peut également nuire considérablement à la confiance en soi pendant le processus de retour au travail lui-même. Même après la fin du traitement, la fatigue persistante, les difficultés cognitives ou la crainte d'une récidive peuvent être exacerbées par les préoccupations relatives aux impératifs financiers ou aux attentes en matière de performance. Des études menées au Canada montrent que les difficultés liées au retour au travail après une maladie grave peuvent persister bien au-delà de la fin du traitement, prolongeant ainsi les périodes de baisse de revenus et d'incertitude, et augmentant le risque d'absence prolongée ou de rechute pendant la réintégration[36].

Pour les organisations et les preneurs, cet effet multiplicateur a son importance, car il influe sur la durée plutôt que sur l'incidence. Le défi ne réside pas dans le nombre de personnes touchées par une maladie grave, mais dans la durée du rétablissement, la stabilité du processus de retour au travail et l'ampleur des besoins de soutien coordonnés au fil du temps. Les observations internes et les données relatives aux demandes d'indemnité montrent que, en présence de stress financier et d'anxiété, les cas de maladies graves s'accompagnent de périodes d'invalidité plus longues, un recours accru à des médicaments coûteux et des besoins plus élevés en soins continus.

35. T. F. Wood et R. A. Murphy, Tackling financial toxicity related to cancer care in Canada, CMAJ, 11 mars 2024.

36. Partenariat canadien contre le cancer, La vie après le cancer : Transformer l'expérience après un traitement contre le cancer.

Les solutions

Les preneurs peuvent jumeler une assurance maladies graves et une assurance invalidité afin de soutenir efficacement les adhérents et d'éliminer les obstacles à leur rétablissement.

La couverture pour maladie grave prévoit le versement rapide d'une indemnité pour couvrir des frais supplémentaires souvent élevés, comme les soins à domicile, les équipements spécialisés ou les déplacements, ce qui permet aux adhérents de se concentrer sur leur rétablissement.

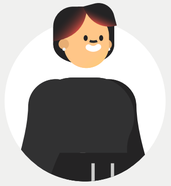
Différentes formules d'assurance maladies graves sont disponibles, offrant des niveaux de couverture variables en fonction du nombre de maladies couvertes. Cela permet aux preneurs de choisir une protection adaptée à leur personnel et à leurs contraintes budgétaires. Les régimes de Beneva prévoient également des prestations en cas de rechute ou d'événements multiples, étant donné que les maladies graves peuvent survenir à plusieurs reprises et que le processus de guérison n'est pas toujours régulier.

L'assurance invalidité remplit un rôle différent. Elle permet de remplacer le revenu lorsque les personnes sont dans l'incapacité de travailler afin de les aider à respecter leurs obligations financières courantes, comme le paiement de leur hypothèque ou de leurs prêts, pendant leur arrêt de travail.

Mais surtout, l'assurance invalidité permet une prise en charge structurée et continue des dossiers. Grâce à un suivi régulier, à des conseils sur les prochaines étapes et à un accompagnement durant la convalescence, la prise en charge du dossier contribue à réduire l'incertitude et l'anxiété, notamment en ce qui concerne le retour au travail. Ce soutien permet de garantir que le rétablissement et la réinsertion s'effectuent au moment opportun et dans de bonnes conditions, plutôt que d'être uniquement dictés par des besoins financiers.

Conjointement, la protection en cas de maladie grave et l'assurance invalidité permettent aux preneurs de mieux soutenir leurs employés en cas de problèmes de santé sérieux, en répondant à la fois aux difficultés financières immédiates et aux besoins liés au rétablissement à long terme.

Réintégrer le marché du travail après un diagnostic de cancer



Entrevue avec **Alvina Nadeem**

Reprendre le travail après un cancer ne se fait pas toujours sans difficulté. Même une fois le traitement terminé, la guérison se poursuit souvent de manière moins visible, ponctuée par des épisodes de fatigue persistante, des changements cognitifs et des ajustements professionnels. Pour beaucoup de gens, le défi ne consiste pas seulement à reprendre le travail, mais à le faire alors que leur corps et leurs capacités ont changé.

Cette période est souvent marquée par l'incertitude. La fréquence des suivis médicaux diminue, le système de soutien évolue, et les personnes se retrouvent livrées à elles-mêmes dans leur rétablissement. La transition entre la fin du traitement et un retour stable au travail peut s'avérer particulièrement difficile, en raison des efforts déployés pour trouver un équilibre entre la guérison physique, l'adaptation émotionnelle et les exigences professionnelles.

Dans cette conversation, Alvina Nadeem raconte comment elle a vécu son diagnostic, ses traitements et son long parcours de retour au travail alors qu'elle était encore relativement jeune. Son histoire offre un aperçu des réalités de la reconstruction après un cancer, des défis invisibles qui persistent malgré la réussite des traitements, ainsi que de l'importance de faire preuve de souplesse, de compréhension et de soutien lors de la réintégration.

Quel est votre souvenir le plus marquant de votre diagnostic?

J'avais 36 ans et j'avais deux petits garçons qui venaient d'avoir trois et six ans. Ce fut un choc total. Aucun antécédent familial, aucune prédisposition génétique. J'ai décidé de raconter mon histoire parce que je ne veux pas qu'on pense que j'ai simplement «eu de la chance». Je veux que mon expérience serve de modèle et puisse être reproduite pour d'autres. Ce qui m'a aidée dès le début, c'est d'avoir eu un médecin proactif et un oncologue qui m'ont traitée comme une partenaire dans leurs décisions, rendant les choses plus humaines.

Les traitements modifient rapidement le corps. Sur le plan physique, quel a été le changement le plus important pour vous?

La masse a grossi à une vitesse incroyable. Mon médecin m'avait préparée à différentes éventualités, y compris une hystérectomie complète si un cancer était détecté. Cela signifiait une ménopause chirurgicale immédiate, sans période de transition. Un jour, on se réveille et on est en ménopause.

Vous dites que le moment le plus difficile commence souvent une fois le traitement terminé. Comment avez-vous vécu cette période?

Pendant la chimiothérapie, on surveille votre état en permanence et on a l'impression d'avoir un statut privilégié. Puis le traitement prend fin et on est censé se sentir heureux, mais le réseau de soutien disparaît. Les visites de suivi deviennent trimestrielles, et la première période d'attente est vraiment angoissante. Pendant le traitement, on est en mode de survie; on ne réalise pas pleinement ce qui se passe. C'est une fois qu'on rentre chez soi que cela nous frappe de plein fouet.

Physiquement et mentalement, j'avais l'impression d'avoir eu un accident de voiture et que j'allais me sentir comme ça jusqu'à la fin de mes jours. Le simple fait de marcher jusqu'au coin de la rue faisait grimper mon rythme cardiaque à 160. À 36 ans, je me sentais comme si j'avais 136 ans. Et je n'avais personne pour m'aider à me remettre sur pied physiquement. Le fossé est bien réel.

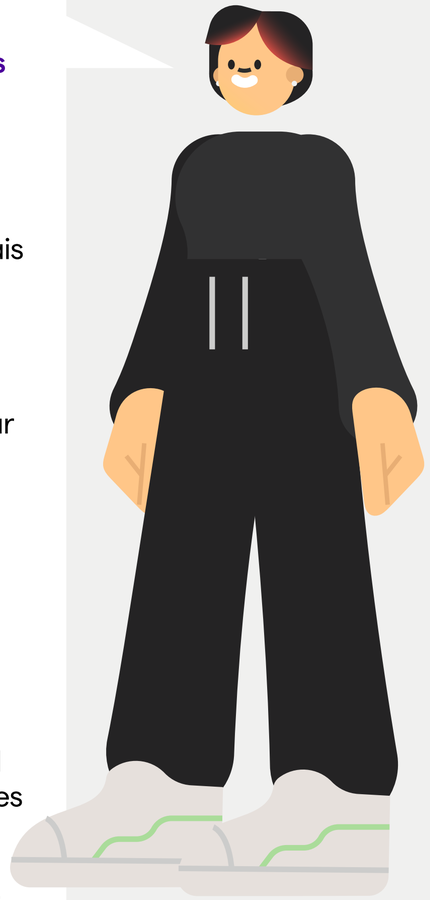
De quoi aviez-vous surtout besoin lors de votre rétablissement? Qu'avez-vous dû faire vous-même?

J'ai dû me créer mon propre réseau de soutien. Je demandais sans cesse ce que je devais faire, parce que mon énergie ne revenait pas. J'ai fini par consulter des spécialistes en kinésiologie et en ergothérapie, le plus souvent à mes frais. Personne ne vous fournit un plan d'action. Tant qu'on ne pose pas la question, on ne sait même pas de quels soins on a besoin. Reprendre progressivement le travail facilite les choses, mais quand le processus prend fin, la reconstruction est loin d'être terminée.

Comment avez-vous concilié tout cela avec votre travail? Et en quoi les gens se trompent-ils le plus par rapport au retour au travail?

J'ai eu de la chance. Les gens étaient bienveillants, et c'est ce qui a fait toute la différence. Mais le plus difficile, c'est de penser qu'une fois de retour au travail, tout revient à la normale. La normalité n'existe pas. J'étais une personne différente, tant sur le plan hormonal que général.

Et comme c'est un handicap invisible, personne ne s'en rend compte. Je n'avais pas besoin de mesures d'adaptation physiques. J'avais besoin d'une rampe d'accès au sens figuré : des heures réduites, moins de jours de travail, du télétravail et des tâches adaptées. Faire ces demandes n'est pas facile. On a l'air d'aller bien, on est jeune, et on a peur de trop en demander.



Points à retenir

Un résumé des principaux facteurs de stress, des tendances en matière de santé et des solutions

	Jeunes adultes (18 à 30 ans)	Adultes en milieu de vie (31 à 50 ans)	Préretraités (51 à 65 ans)	Maladie grave (tous les âges)
Facteurs de stress	• Coût de la vie + précarité d'emploi • Comparaison sociale + anxiété financière précoce	• Contraintes de temps + responsabilités concurrentes • Retard dans les soins (délais, accès, coût)	• Rapprochement de la date de départ à la retraite • Hausse des coûts de santé + nécessité d'économiser	• Baisse soudaine des revenus • Frais à payer • Besoins en soins
Tendances	• Augmentation de la demande en soutien psychologique • La prise de médicaments reste le mode de traitement le plus courant	• Les coûts et les besoins augmentent sous l'effet de la pression constante • Les soins sont souvent retardés, ce qui augmente le risque d'aggravation de la situation et d'interruption du travail	• Les maladies chroniques et la complexité des traitements occupent une place prépondérante • Les décisions en matière de couverture ont plus de conséquences	• Les répercussions sont principalement liées à la gravité et à la durée • Le rétablissement est souvent long et exigeant en ressources, et nécessite un soutien accru
Solutions	• Ajouter une couverture santé mentale ou améliorer la couverture • PAE comme aide préventive précoce • Télémédecine	• Prestations adaptables (régimes modulaires) • Télémédecine • Mesures de soutien en milieu de travail	• Gérer les besoins chroniques ou complexes alors qu'ils sont encore au travail • Solutions de transition structurées pour les sorties de régime (régimes de conversion)	• Couverture en cas de maladie grave (coûts élevés et immédiats) • Assurance invalidité (aide au revenu et au rétablissement)

S’adapter aux besoins d’aujourd’hui et de demain

Les besoins en matière de santé ne surgissent pas de manière isolée, et ils sont constants d’une génération à l’autre. Ils évoluent, changent et progressent à mesure que les gens traversent les différentes étapes de leur vie et de leur carrière. Pour les assureurs, les conseillers et les preneurs, le défi ne consiste pas seulement à répondre aux besoins actuels, mais aussi à déceler les premiers signes annonciateurs des enjeux de demain.

Chez les jeunes adultes, le recours croissant au soutien psychologique n’est pas qu’une tendance passagère. C’est un signe que les attentes en matière d’accès aux soins, de réactivité et de soutien en santé mentale devraient se maintenir à mesure que cette génération progresse dans sa carrière et vieillit. Les tendances actuelles en demandes d’indemnité chez la génération Z sont un signe annonciateur de la demande future, et non une anomalie passagère. À titre d’exemple, même si nos données montrent que le recours aux programmes d’aide aux employés atteint son apogée chez les personnes en milieu de vie, la génération Z manifeste un besoin croissant pour ce type de service. Cette utilisation accrue chez les personnes en milieu de vie n’est pas surprenante, car les responsabilités se multiplient souvent à cette période. Sensibiliser plus tôt les jeunes travailleurs à l’existence de ce soutien pourrait donc favoriser une utilisation plus intensive et plus régulière au fil du temps, et renforcer ainsi une approche préventive à long terme.

Parallèlement, certaines tendances générales touchent tous les groupes d’âge. La hausse des coûts des soins de santé et l’augmentation des demandes d’indemnité liées aux maladies chroniques, comme le diabète, sont le reflet du vieillissement de la population et d’évolutions à long terme des habitudes en matière de santé. Ces pressions sont particulièrement visibles chez les préretraités, mais elles sont le résultat d’un processus qui commence bien plus tôt, influencé par le mode de vie, le stress et l’accès aux soins au fil du temps. La prise en charge efficace des maladies chroniques à un âge avancé dépend, en partie, de la régularité avec laquelle les soins et le soutien ont été assurés auparavant.

Ensemble, ces tendances mènent à une conclusion centrale : une assurance collective efficace ne consiste pas seulement à répondre aux besoins immédiats. Le défi consiste à anticiper le vieillissement de la main-d’œuvre actuelle, l’évolution des besoins et la manière dont les choix faits dès le début de la conception des régimes peuvent influencer la santé, l’engagement et la viabilité à long terme. Pour les preneurs, il est essentiel de tenir compte de la situation actuelle des adhérents tout en anticipant leur évolution future, afin de les aider à rester en bonne santé, résilients et motivés à chaque étape de leur parcours.

Gestion des coûts

Un résultat net équilibré

L'amélioration des régimes d'assurance collective et la gestion de leurs coûts ne sont pas des objectifs contradictoires. Ce sont les deux faces d'une même médaille.

Aujourd'hui, la pression sur les régimes collectifs découle davantage de la concentration que du volume global. Un petit nombre de cas représente une part croissante des coûts, que ce soit en raison de congés d'invalidité prolongés ou de médicaments onéreux. La manière dont ces pressions sont gérées détermine si les régimes restent résilients ou s'ils sont soumis à des tensions persistantes.

Dans ce contexte, la gestion des coûts ne consiste pas à restreindre l'accès ni à transférer les risques. C'est avant tout une question de discipline et de rigueur. Des décisions fondées sur des données, appliquées de manière cohérente et ciblées là où leur impact financier est le plus important, peuvent améliorer les résultats pour les adhérents tout en garantissant une prévisibilité aux preneurs.

Cette section porte sur les deux principaux facteurs de coût de l'assurance collective : l'invalidité et les médicaments sur ordonnance. Elle présente aussi les stratégies permettant de concilier protection, performance et viabilité à mesure que les besoins et les pratiques thérapeutiques évoluent.

Faire face à la hausse du coût des médicaments

Les tendances actuelles en matière de demandes d'indemnité révèlent une réalité évidente : les coûts des régimes d'assurance médicaments sont principalement liés à un nombre relativement restreint de traitements innovants. Les médicaments tels que les produits biologiques, les traitements spécialisés et les thérapies métaboliques de pointe jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des maladies, mais ils représentent également une part importante et croissante des dépenses des régimes d'assurance. Pour gérer efficacement ces coûts, il faut intervenir au moment où les décisions relatives à la couverture sont prises.

Les 5 médicaments générant les coûts totaux les plus élevés*

Top 5		Jeunes adultes (18 à 30 ans)	Adultes en milieu de vie (31 à 50 ans)	Préretraités (51 à 65 ans)
Rang	**1**	Trikafta[MD]	Trikafta[MD]	Ozempic[MD]
	2	Dupixent[MD]	Wegovy[MD]	Wegovy[MD]
	3	Skyrizi[MD]	Skyrizi[MD]	Skyrizi[MD]
	4	Concerta[MD]	Dupixent[MD]	Dupixent[MD]
	5	Remdantry[MD]	Entyvio[MD]	Trikafta[MD]
% du total des demandes de remboursement		1,3 %	5,5 %	4,8 %
% des adhérents		0,4 %	0,7 %	1,6 %

Les 5 médicaments enregistrant le plus grand nombre de demandes de remboursement

Top 5		Jeunes adultes (18 à 30 ans)	Adultes en milieu de vie (31 à 50 ans)	Préretraités (51 à 65 ans)
Rang	**1**	Méthylphénidate	Naproxène	Pantoprazole
	2	Lisdexamfétamine	Pantoprazole	Rosuvastatine
	3	Naproxène	Sertraline	Cholécalciférol
	4	Sertraline	Lisdexamfétamine	Amlodipine
	5	Éthinylœstradiol/ lévonorgestrel	Lévothyroxine	Estradiol-17B
% du total des demandes de remboursement		0,8 %	1,4 %	2,1 %
% des adhérents		4,0 %	12,4 %	14,8 %

* Ces médicaments représentent un peu plus de 10 % des dépenses totales en médicaments des régimes d'assurance collective.

Jeunes adultes (18 à 30 ans)

Chez les jeunes adultes, la prise de médicaments répond surtout à des besoins liés au fonctionnement quotidien. Les traitements sont principalement utilisés pour favoriser la concentration, traiter les symptômes de santé mentale ou gérer la douleur et l'inflammation, ce qui permet aux jeunes adultes de rester actifs, productifs et investis dans leur carrière.

Parallèlement, un petit nombre d'adhérents ont déjà accès à des traitements spécialisés pour des affections graves, rares ou complexes. Ces traitements, souvent mis en place tôt, s'inscrivent dans un parcours de soins à long terme. Bien que moins fréquents, ils introduisent des traitements efficaces, mais coûteux, dès les premières années d'adhésion au régime, ce qui a une incidence sur la viabilité à long terme des régimes d'assurance collective.

Adultes en milieu de vie (31 à 50 ans)

Au milieu de carrière, l'utilisation des médicaments évolue considérablement. Les traitements qui continuent de faciliter la vie quotidienne sont de plus en plus souvent combinés à des médicaments associés à l'apparition de maladies chroniques d'une complexité structurelle accrue. Cela comprend les traitements liés à la santé métabolique et hormonale, comme les médicaments destinés à la gestion du poids ou aux troubles thyroïdiens, ainsi que les médicaments biologiques et les traitements contre la douleur ou les troubles de santé mentale.

Cette diversification des traitements reflète un changement majeur : les besoins ne sont plus ponctuels, mais cumulatifs. Les parcours de soins s'allongent, les traitements se chevauchent et l'intensité globale de l'utilisation augmente.

Préretraités (51 à 65 ans)

Chez les préretraités, la consommation de médicaments est essentiellement liée à la prise en charge continue de maladies chroniques bien établies. Les traitements liés au diabète, à l'obésité, aux maladies cardiovasculaires, inflammatoires ou hormonales occupent une place centrale, et le recours à des thérapies modernes, souvent coûteuses, ne cesse de croître. À ce stade, les traitements ne visent plus uniquement à maintenir les fonctions de base, mais plutôt à assurer la stabilité clinique, l'autonomie et la qualité de vie. La prise de médicaments est généralement continue et prolongée.

Ententes d’inscription de produits (EIP)

Un processus d’évaluation pharmacoéconomique rigoureux est essentiel. Avant que les médicaments à coût élevé ne soient intégrés dans les régimes d’assurance collective, ils font l’objet d’une évaluation qui porte non seulement sur leur efficacité clinique, mais aussi sur la manière dont ils sont susceptibles d’être utilisés dans la pratique et sur leur incidence à long terme sur la viabilité du régime. Cette approche garantit que l’innovation est mise en œuvre de manière ciblée et selon des critères clairs, grâce à des stratégies comme les ententes d’inscription de produits (EPI), la thérapie par étapes ou l’autorisation préalable.

Dans ce numéro, nous souhaitons mettre l’accent sur les EIP, qui constituent un pilier essentiel de la gestion des coûts des médicaments. Pour bon nombre des traitements qui font grimper les coûts aujourd’hui, notamment les médicaments de spécialité à coût élevé, il n’existe pas encore de biosimilaires ou de génériques. Les EIP permettent de faciliter l’accès à ces traitements innovants tout en gérant activement leur répercussion financière.

Grâce à ces ententes, les fabricants accordent une compensation financière, souvent sous forme de remises, de plafonnement des prix ou de mécanismes de partage des risques, ce qui contribue à réduire le coût net supporté par le régime et à améliorer la prévisibilité budgétaire. Ce modèle, déjà largement utilisé dans les programmes publics d’assurance-médicaments au Canada par l’intermédiaire d’organisations telles que l’Alliance pharmaceutique pancanadienne, est de plus en plus adopté dans le secteur de l’assurance privée afin de compenser la pression financière croissante liée aux médicaments de spécialité.

En harmonisant l’accès aux traitements avec leur utilisation et leurs résultats dans la pratique, les EIP contribuent à garantir que les traitements à coût élevé apportent une valeur clinique significative tout en restant financièrement viables, en tant qu’éléments prévisibles de la conception des régimes.

Substitution par les biosimilaires

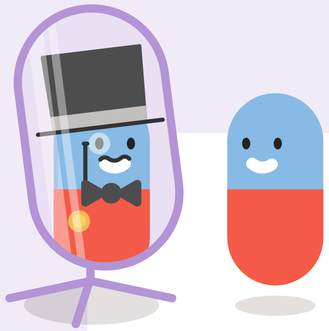
Des politiques de transition vers les biosimilaires sont actuellement mises en œuvre dans toutes les provinces canadiennes, et leurs effets se font de plus en plus sentir sur les régimes d'assurance-médicaments. Après une phase initiale qui a nécessité une harmonisation des politiques et une gestion rigoureuse du changement, la mise en œuvre est désormais plus stable.

À mesure que leur adoption gagne du terrain, les biosimilaires permettent aux preneurs de réaliser des économies récurrentes et quantifiables. Les réductions de coûts varient généralement entre 20 % et 40 %, en fonction du médicament biologique de référence et du nombre d'adhérents visés. Ces économies sont de plus en plus intégrées aux structures de coûts des régimes, ce qui confirme le rôle des biosimilaires en tant que levier de viabilité à long terme plutôt que comme simple ajustement ponctuel. Cette stratégie contribue également à alléger le fardeau financier des ménages, en particulier pour les adhérents qui souffrent de maladies chroniques et qui doivent supporter des frais à leur charge élevés.

Parallèlement, les biosimilaires ne se limitent plus à leurs domaines d'application initiaux. Ces nouvelles classes thérapeutiques reflètent une évolution plus générale des priorités médicales et des habitudes de prescription, élargissant ainsi le champ d'application des biosimilaires à un éventail plus large de pathologies et de parcours de soins. Cette évolution accroît leur influence potentielle sur les dépenses globales en médicaments.

Les biosimilaires jouent également un rôle de plus en plus important dans la prise en charge des maladies graves et chroniques. Bien que les traitements biologiques appartenant à ces catégories soient prescrits à un nombre relativement restreint d'adhérents, ils représentent une part disproportionnée du coût total des médicaments. La disponibilité de médicaments biosimilaires permet d'utiliser de manière appropriée et durable des traitements cliniquement équivalents, ce qui réduit les coûts unitaires sans modifier les critères d'accès clinique.

Dans l'avenir, la transition vers les biosimilaires restera une priorité permanente plutôt qu'une simple étape franchie, car de nouveaux biosimilaires continuent d'arriver sur le marché. La pérennité de leur effet dépendra non seulement de la conception des régimes, mais aussi de la manière dont les transitions sont gérées au niveau individuel. Cela implique notamment d'informer les adhérents concernés suffisamment à l'avance, de leur fournir des explications claires sur les raisons de ce changement et de leur donner la possibilité d'avoir des discussions franches avec leurs équipes soignantes, en particulier dans les cas où un changement de traitement pourrait ne pas être cliniquement approprié.



Classification des médicaments 101

Médicament biologique (d'origine)

Un produit thérapeutique issu d'organismes vivants ou de leurs cellules. Les médicaments biologiques sont des molécules volumineuses et complexes, et présentent une grande variabilité. Ils sont utilisés pour traiter les affections chroniques, inflammatoires, métaboliques ou oncologiques.

Médicament biosimilaire

Un médicament biologique très similaire à un médicament biologique déjà autorisé. Il a été approuvé par Santé Canada à la suite de tests de comparabilité rigoureux, qui n'ont révélé aucune différence cliniquement significative en matière d'innocuité, d'efficacité ou de qualité.

Médicaments chimiques (d'origine)

Un médicament à base de petites molécules, synthétisé chimiquement, dont la structure est bien définie et reproductible, ce qui permet d'en prévoir les effets et de développer des versions génériques identiques une fois la protection par brevet expirée.

Médicament générique

Une version moins coûteuse d'un médicament d'origine, contenant le même principe actif, ayant la même concentration et produisant le même effet thérapeutique, bien que les excipients puissent différer.

L’assurance invalidité : un gage de stabilité de la main-d’œuvre

Les demandes d’indemnité d’invalidité figurent constamment parmi les deux principaux facteurs de coûts dans les régimes d’assurance collective, aux côtés des demandes de remboursement de médicaments. Lorsqu’une personne s’absente du travail pour des raisons de santé, les coûts s’accumulent rapidement : remplacement du salaire, pertes de productivité et répercussions d’une absence prolongée.

Mais supprimer ou réduire la couverture d’invalidité n’est pas la solution. En effet, proposer une assurance invalidité reste l’un des moyens les plus efficaces de gérer ces coûts à long terme, précisément parce qu’elle met en place un accompagnement structuré dès qu’une personne part en arrêt de travail.

Certains employeurs choisissent de ne compter que sur la protection de base offerte par les prestations de maladie de l’assurance-emploi lorsque quelqu’un s’absente pour cause de maladie. Bien que ce programme public prévoit un remplacement de revenu pouvant atteindre 55 % du salaire, Beneva se démarque avec une gestion proactive de l’invalidité, un suivi clinique et un accompagnement pour la préparation du retour au travail, des services généralement offerts dans le cadre d’un régime d’assurance invalidité collective.

Nous nous impliquons dès les premières semaines d’absence, en aidant à évaluer les limitations fonctionnelles, en identifiant les obstacles au rétablissement et en coordonnant les interventions appropriées au moment opportun. En proposant une assurance invalidité de courte durée, les employeurs peuvent également bénéficier d’un taux de cotisation réduit à l’assurance-emploi (sous réserve de certains critères d’admissibilité), tout en améliorant la gestion des absences et du retour au travail.

Cette gestion hâtive et proactive est importante. Lorsque le soutien n’est pas offert au moment opportun, les conditions de santé sont plus sujettes à devenir chroniques. Ainsi, les absences peuvent s’allonger et les chances de retour au travail diminuent considérablement.

«Il y a une fenêtre d’intervention critique. Pour la plupart des troubles de santé mentale courants, il est essentiel d’agir rapidement, dès les premiers mois suivant le dépôt d’une demande d’indemnité d’invalidité, afin de favoriser le rétablissement. Si un trouble n’a pas encore été qualifié de grave, de chronique, de persistant ou de réfractaire au traitement, c’est au cours de cette phase précoce que l’intervention peut avoir le plus d’impact.

Un diagnostic précoce et précis est essentiel, car le plan de traitement doit être adapté au trouble identifié. Lorsque le médecin traitant est un médecin généraliste, un avis psychiatrique ou un suivi peut s’avérer nécessaire, en particulier dans les cas plus complexes. Les interventions précoces qui prennent en compte les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et liés au milieu de travail susceptibles d’avoir des répercussions négatives sur le rétablissement sont appropriées et bénéfiques». — Dr Robitaille, psychiatre et médecin-conseil chez Beneva.

Partie 5 – Gestion des coûts

La gestion de l'invalidité chez Beneva s'articule autour de cette approche intégrée, biopsychosociale et centrée sur la personne. L'invalidité n'est pas évaluée uniquement sur la base d'un diagnostic médical, mais en fonction des capacités fonctionnelles de la personne et des exigences réelles de son poste. L'objectif est de réduire l'écart fonctionnel et de favoriser un retour au travail qui soit à la fois sécuritaire (dans le respect de l'état de santé de la personne) et durable (afin de minimiser le risque de rechute ou de récidive).

C'est là que des outils et des services structurés font une différence tangible. Le soutien à la réadaptation, les parcours de soins coordonnés, les interventions ciblées comme la thérapie cognitivo-comportementale axée sur le travail, ainsi que la collaboration avec les employeurs contribuent tous à un retour au travail plus rapide et plus durable. Quand les employés reprennent le travail lorsqu'ils s'y sentent vraiment prêts, les résultats s'améliorent à tous les niveaux.

Disposer d'une marge de manœuvre suffisante tout au long du processus de réintégration est également primordial. Les études sur la latitude décisionnelle montrent que lorsque les employés ont la possibilité d'adapter la manière, le moment ou le rythme d'exécution de leurs tâches, ils arrivent à mieux répondre aux exigences professionnelles sans nuire à leur santé. À l'inverse, lorsque cette marge de manœuvre est réduite, les chances de réussite du retour au travail diminuent considérablement[34]. Les employeurs jouent donc un rôle essentiel dans la mise en place des conditions propices à la réintégration, avec les conseils et le soutien de Beneva.

Du point de vue des preneurs, la logique financière est claire. Les adhérents qui retournent au travail au bon moment, au lieu de le faire prématurément ou après une absence prolongée, sont moins susceptibles de connaître des rechutes, de devoir s'absenter à nouveau ou de se retrouver en invalidité de longue durée. À long terme, cela se traduit par une meilleure maîtrise des coûts, une productivité accrue et une plus grande stabilité du personnel.

Le facteur humain joue également un rôle important. L'assurance invalidité offre une tranquillité d'esprit aux adhérents, qui savent qu'ils disposent d'un filet de sécurité si leur état de santé venait à se détériorer. Cette garantie favorise l'adhésion et l'engagement, en particulier dans le cadre des régimes où les employés contribuent eux-mêmes aux cotisations, ce qui est souvent le cas, même lorsque les employeurs prennent en charge une partie des coûts. Le fait de savoir que la couverture ne se limite pas au simple remplacement du revenu, mais qu'elle comprend aussi un accompagnement et un soutien actifs, renforce la valeur perçue du régime.

Lorsqu'elle est bien gérée, elle constitue un outil stratégique qui permet à la fois de protéger ses employés et son résultat net. En mettant en place une gestion proactive de l'invalidité, les preneurs ne se contentent pas de maîtriser les coûts, ils favorisent également un retour au travail durable, renforcent la confiance des employés et contribuent à la résilience de l'organisation.

Vous aimerez peut-être lire

Notre stratégie pour une gestion optimisée des médicaments

34. M.J. Durand, N. Vézina, N., R. Baril, P. Loisel, M.C. Richard et S. Ngomo (2009). Margin of manoeuvre indicators in the workplace during the rehabilitation process: A qualitative analysis, Journal of Occupational Rehabilitation, 19(2), 194–202.

Les grandes lignes

Le temps où le stress financier était un concept abstrait est révolu. Il n'est pas que des chiffres sur une feuille de calcul. Il nuit au sommeil, à l'humeur, à la concentration et à la résilience. Il peut se transformer en anxiété, en épuisement professionnel et en invalidité.

Ce à quoi nous assistons aujourd'hui est plus qu'une fluctuation à court terme. C'est un signe annonciateur. Les pressions financières influencent déjà la manière dont les différentes générations perçoivent le travail, gèrent le stress et recourent aux avantages sociaux. Cette pression ne disparaîtra pas d'elle-même avec le temps. Elle évoluera sous l'influence des changements démographiques qui sont déjà en cours.

La population canadienne vieillit, et la population active par le fait même. Face à la demande croissante et aux contraintes de capacité qui pèsent sur les systèmes de santé publics, les régimes d'assurance collective financés par les employeurs seront de plus en plus sollicités. Ils devront jouer un rôle accru en matière d'accès aux soins, de continuité des soins et de rapidité d'intervention. Ce virage est bien réel. Il définira la manière dont les prestations sont évaluées et utilisées.

Parallèlement, une population active réduite signifie un nombre plus faible d'employés pour soutenir la productivité globale. Les départs à la retraite étant plus nombreux que les nouvelles entrées sur le marché du travail, les effectifs décroîtront, ce qui entraînera une augmentation des responsabilités pour les personnes qui restent. À mesure que les jeunes générations atteindront l'âge mûr, le soutien apporté aux parents vieillissants va s'accroître parmi l'ensemble des salariés. Ces responsabilités entraînent des conséquences prévisibles : davantage d'absences au travail, des dépenses personnelles plus élevées et un stress constant qui s'accumule sur plusieurs années, et non sur quelques mois.

Dans ce contexte futur, ce sont les spécificités propres à chaque catégorie d'employés qui détermineront la viabilité des régimes. Pour les conseillers et les preneurs, l'analyse démographique constitue l'indicateur préliminaire le plus fiable de ce que l'avenir nous réserve. Elle permet de déterminer où l'utilisation augmentera, où les pressions financières se concentreront et où la conception actuelle du régime sera mise à l'épreuve. Comprendre la composition d'un groupe d'employés permet de traduire les tendances démographiques à long terme en décisions concrètes et tournées vers l'avenir.

La durabilité ne viendra ni de restrictions aveugles ni de solutions temporaires, mais d'avantages mieux conçus, mieux ciblés et mieux gérés. En jumelant l'empathie à la rigueur. En reconnaissant que la santé mentale est fondamentale et que l'innovation médicale est essentielle, et en gérant ces deux aspects de manière réfléchie grâce à des stratégies de gestion des coûts efficaces.

Prêter attention aux données démographiques qui façonnent les pressions financières aide les assureurs, les conseillers et les preneurs à agir de manière proactive plutôt que réactive. Cela renforce par le fait même la prévention et l'intervention précoce. La préparation, la clarté et la collaboration créent les conditions nécessaires à l'élaboration de régimes qui restent solides et adaptés, même lorsque le contexte continue d'évoluer.

Sur le radar

Restez à l'affût de notre édition 2027 dans laquelle nos experts partageront leurs découvertes et leurs points de vue sur les dernières évolutions de l'industrie.

Traitements contre l'obésité par voie orale

Des traitements oraux de nouvelle génération pour gérer l'obésité ont démontré une efficacité clinique significative dans des essais cliniques avancés. Les formulations orales pourraient élargir leur utilisation en améliorant la commodité et le respect du traitement, élargissant ainsi le champ d'utilisation pour le traitement de l'obésité, au-delà des options injectables.

Versions génériques d'Ozempic[MD] et de Wegovy[MD]

Comme les brevets protégeant les traitements de première génération à base de GLP-1 commenceront à expirer au Canada à partir de 2026, ce secteur devrait entrer dans une nouvelle phase de concurrence. À terme, cela pourrait se traduire par l'introduction de versions génériques, parallèlement à la poursuite de l'innovation, ce qui modifierait les conditions d'accès et la dynamique des coûts dans la prise en charge de l'obésité et des maladies métaboliques.

Vaccin contre la maladie de Lyme

Le vaccin expérimental VLA15, mis au point par Valneva et Pfizer, est en phase finale d'essais cliniques et pourrait devenir le premier vaccin préventif contre la maladie de Lyme. Si les résultats s'avèrent positifs, des demandes d'autorisation devraient être déposées, ce qui pourrait modifier les mesures de prévention dans les régions à haut risque.

Notre balado *Parole d'experts* est votre source d'information de choix pour rester au fait des sujets les plus chauds et les plus pertinents, et ainsi vous démarquer en proposant de meilleures recommandations. Écouter maintenant

Pour plus d'informations, communiquez avec votre chargé(e) de comptes. Si vous n'en avez pas, entrez en contact avec notre équipe en vous rendant sur beneva.ca/fr/assurance-collective/formulaire.

beneva

Les gens qui protègent des gens

© Beneva Inc. 2026 MC Le nom et le logo Beneva sont des marques de commerce déposées de Beneva Group Inc., utilisées sous licence.

87929 (2026-06)