



ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES

CSSS - 019M
C.P. – P.L. 92
Accroître les pouvoirs
de la RAMQ

Mémoire

Présenté à :

la Commission de la Santé et des Services sociaux

**Dans le cadre des consultations sur le
projet de loi n° 92**

*Loi visant à accroître les pouvoirs de la Régie de
l'assurance maladie du Québec et modifiant diverses
dispositions législatives.*

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE EXÉCUTIF.....	3
1. INTRODUCTION	6
2. COMMENTAIRES SUR LES ARTICLES DU PROJET DE LOI N° 92	8
2.1 La transmission par le professionnel de la santé du dossier d'un patient.....	8
2.2 Préavis de la Régie (2 ^e alinéa du paragraphe 2 ^e de l'article 13)	8
2.3 « L'inférence statistique » (1 ^{er} alinéa du paragraphe 4 ^o de l'article 13).....	10
2.4 Les sanctions administratives pécuniaires (SAP) (1 ^{er} alinéa et paragraphe 4 ^o de l'article 12, 1 ^{er} et 2 ^e alinéas du paragraphe 2 ^o de l'article 3, paragraphe 1 ^o de l'article 22 et paragraphe 1 ^o de l'article 31)	14
2.5 Les amendes (1 ^{er} et 2 ^e alinéas de l'article 9, article 19, article 26, article 27, article 33 et paragraphe 2 ^o de l'article 41)	17
2.6 Les délais de prescription (2 ^e alinéa du paragraphe 4 ^o de l'article 13, article 21, article 28, paragraphe 2 ^o de l'article 31 et article 35	20
2.6.1 Les poursuites pénales	20
2.6.2 La suspension de la prescription pendant les enquêtes de la Régie	21
2.6.3 Le délai du professionnel de la santé pour se pourvoir de la Cour supérieure ou la Cour du Québec (Projet de loi n° 92 – article 12 remplaçant l'article 22.0.1)	21
2.7 Les dispositions transitoires (Projet de loi n° 92 – article 48)	22
3. L'INSPECTION ET LE CONTRÔLE DES ACTEURS DE LA SANTÉ ET DU MÉDICAMENT	23
3.1 Mise en contexte	23
3.1.1 Le rôle des tiers	23
3.1.2 La liberté de choix du professionnel de la santé	23
3.2 Les ententes d'exclusivité avec des pharmaciens	24
3.2.1 Les réseaux de fournisseurs privilégiés	24
3.2.2 Les médicaments de spécialité	24
3.2.3 Les résidences privées pour aînés	26
3.3 L'élargissement des engagements du fabricant et du grossiste.....	26
4. CONCLUSION	27
 ANNEXE 1	
Exemples de rapports de vérification / analyse de la facturation.....	28

SOMMAIRE EXÉCUTIF

L'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) est favorable aux contrôles de la facturation effectués par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Elle a d'ailleurs toujours collaboré avec cette dernière dans le cadre de ces contrôles qui visent à s'assurer de la conformité de la facturation de ses membres à l'entente négociée et à contrer, le cas échéant, les cas d'abus et de fraude.

En ce sens, l'AQPP appuie le principe du projet de loi n° 92 (PL 92) qui accroît les pouvoirs de la Régie. L'AQPP est toutefois d'avis que certaines dispositions contenues dans ce projet de loi vont beaucoup trop loin et seraient indûment préjudiciables pour les professionnels de la santé, dont les pharmaciens propriétaires. En ce sens, il ne répond pas véritablement aux préoccupations liées aux pratiques et méthodes de la Régie, lesquelles ont été exprimées par la vérificatrice générale dans son rapport de novembre 2015. Qui plus est, en visant exclusivement les professionnels de la santé, le PL 92 ne permet pas à la RAMQ d'enquêter efficacement sur les nombreux acteurs de l'industrie qui transigent avec les pharmaciens et qui sont susceptibles d'exercer des pressions sur eux.

Correctifs demandés à différents articles du projet de loi

La transmission du dossier de patients

En vertu du projet de loi no 92, l'article 18 de la *Loi sur l'assurance maladie* portant sur les recours subrogatoires de la Régie serait notamment modifié pour obliger le professionnel de la santé à communiquer à la Régie tout renseignement ou document contenu au dossier de la personne assurée « *nécessaire à l'exercice d'un recours* », après l'avoir informée.

Le pharmacien est tenu de respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle obtenu dans l'exercice de la pharmacie et ne peut être relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation de son patient ou lorsque la loi l'ordonne.

L'AQPP recommande que les modifications quant à la levée du secret professionnel fassent l'objet d'une analyse et d'une consultation. L'AQPP suggère également que soit clarifiée l'expression « *nécessaire à l'exercice d'un recours* » et ce, afin d'éviter toute difficulté d'interprétation.

« L'inférence statistique »

Le PL 92 vise à enchâsser dans la *Loi sur l'assurance maladie* l'établissement, aux fins de recouvrement, des montants obtenus par un professionnel de la santé par « *inférence statistique* » (qu'on peut définir comme toute conclusion formulée à propos d'une population à partir d'informations recueillies auprès d'un échantillon). Or, cette approche n'est nullement encadrée et le projet de loi n'en définit pas les paramètres.

À l'heure actuelle, la Régie dispose de tous les renseignements reliés à chacune des demandes de paiement pour un service pharmaceutique présentées par un pharmacien, dans le cadre du régime public d'assurance médicaments. L'AQPP est d'avis que l'utilisation d'une telle méthode serait inéquitable à l'égard des pharmaciens.

L'AQPP recommande que le rapport de la Régie pour établir le volume d'actes reprochés allégués, de même que la somme réclamée au pharmacien, soient établis à partir des données réelles dont la RAMQ dispose quant aux demandes de paiements.

Les amendes et les sanctions administratives pécuniaires

Bien que l'AQPP soit en faveur de l'indexation des amendes, elle est d'avis que les augmentations et les montants établis pour les nouvelles amendes prévues par le PL n°92 sont disproportionnés, voire arbitraires, d'autant plus qu'elles visent dans la plupart des cas des personnes physiques.

Aussi l'AQPP recommande que les sanctions administratives ne soient imposées qu'en cas de négligence grossière, de mauvaise foi ou de fraude du professionnel.

Les préavis de la Régie

L'AQPP recommande que le projet de loi n° 92 soit modifié afin d'ajouter que *le préavis* doive contenir de façon précise les actes et manquements qui sont reprochés au professionnel.

L'AQPP formule aussi des recommandations quant au préavis de la Régie, aux délais de prescription, au délai de pourvoir et aux dispositions transitoires.

Propositions pour élargir les pouvoirs d'enquête de la RAMQ à différents tiers

Le projet de loi n° 92 dans sa forme actuelle ne vise presque exclusivement que les professionnels de la santé. L'AQPP saisit donc l'occasion pour sensibiliser la Commission à la présence d'acteurs qui gravitent autour des professionnels de la santé. Dans le cadre de ses fonctions commerciales et professionnelles, le pharmacien doit transiger avec plusieurs tiers. Il peut parfois faire l'objet de pressions indues. L'AQPP invite la Régie à trouver des façons de pouvoir enquêter efficacement sur la conduite des tiers afin de prévenir une conduite déviante et, le cas échéant, de les assujettir à des sanctions pénales à caractère dissuasif, entre autres, lorsque ces tiers participent ou contribuent à encourager un professionnel à enfreindre une loi ou un règlement en vigueur.

Les ententes d'exclusivité avec les pharmacies

La *Loi sur l'assurance maladie* reconnaît à toute personne le droit de choisir le professionnel de la santé par qui elle souhaite être traitée. Or, malheureusement, ce droit est de plus en plus bafoué de façon directe ou indirecte.

On note ailleurs au Canada l'émergence de réseaux de fournisseurs privilégiés, souvent mis en place par des assureurs, qui concluent des ententes avec des pharmacies ou des groupements de pharmacies. Ceci a pour effet de diriger les patients vers ces pharmacies aux moyens de fortes mesures incitatives. Bien que ces pratiques soient interdites au Québec, certains intervenants essaient de façon détournée d'atteindre les mêmes objectifs.

Devant la flambée des coûts associés aux produits onéreux dits de « spécialité », plusieurs mécanismes de distribution spécialisés se sont mis en place au Canada. L'objectif ultime derrière la mise en place de ces réseaux vise à offrir de nombreux services aux patients (enseignement, injections, aide financière, etc.) mais également à faire circuler le produit dans un réseau de distribution qui prive le patient de l'obtenir auprès de son pharmacien. Le patient se voit ainsi privé de son droit de recevoir ces produits, et les services pharmaceutiques qui en découlent, de la part de son pharmacien. Les patients qui résident en région sont souvent confrontés à ces problèmes d'accès et doivent se résigner à recevoir le produit pas la poste ou par un

intermédiaire. Ces pratiques soulèvent aussi des questions d'ordre déontologique quant aux risques potentiels liés à la confidentialité des informations personnelles des patients.

L'AQPP recommande que la *Loi sur l'assurance maladie* soit modifiée de manière à interdire formellement à quiconque, d'inciter, d'encourager ou de diriger directement ou indirectement par l'octroi d'un avantage ou d'un bénéfice quelconque, une personne à obtenir un produit ou un service pharmaceutique auprès d'un pharmacien ou d'une pharmacie ou diriger vers une bannière ou une chaîne de pharmacie. Elle devrait être aussi modifiée afin d'interdire à quiconque de conclure une entente restreinte ou exclusive de distribution de médicaments ou de services pharmaceutiques.

L'AQPP invite aussi le gouvernement à tout mettre en œuvre afin que la clientèle des résidences privées pour aînés, souvent très vulnérable, puisse exercer son droit de choisir son pharmacien et que ce choix se fasse de façon libre et éclairée.

L'élargissement des engagements du fabricant et du grossiste

L'AQPP appuie la recommandation de l'Ordre des pharmaciens dans son mémoire qui propose d'ajouter dans l'engagement du fabricant une mesure interdisant : « d'offrir directement ou indirectement un programme de remboursement, fidélité, de « copaiement », de ristourne, rabais, ou autre à moins d'une entente avec la RAMQ ». Cette recommandation devrait également s'appliquer aux grossistes.

1. INTRODUCTION

L'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) a le plaisir de soumettre son mémoire à la Commission de la Santé et des Services sociaux dans le cadre des consultations publiques sur le projet de loi 92 (Loi visant à accroître les pouvoirs de la Régie de l'assurance maladie du Québec et modifiant diverses dispositions législatives) et la remercie de lui permettre de s'exprimer.

L'AQPP est constituée en vertu de la Loi sur les syndicats professionnels et existe depuis 1970. Elle représente la totalité des pharmaciens propriétaires du Québec : 2 048 pharmaciens propriétaires de 1 866 pharmacies, qu'ils soient affiliés ou non à une chaîne ou à une bannière commerciale.

L'AQPP a pour mission l'étude, la protection, le développement des intérêts professionnels et sociaux économiques de ses membres. À cette fin, elle interagit avec divers intervenants du secteur de la santé, des gouvernements et du grand public.

À l'automne 2015, la vérificatrice générale, madame Guylaine Leclerc, a déposé son rapport *Vérification de l'optimisation des ressources*.

Les travaux relatifs au chapitre 3 intitulé *Rémunération des médecins : administration et contrôle* avaient pour objectif de s'«assurer que la RAMQ administre de façon efficace et efficiente la rémunération des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes de même que les mesures incitatives qui y sont associées». À ce titre, la vérificatrice ne note aucune déficience dans les pouvoirs accordés à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) par la loi et ne suggère aucune modification à la loi. La vérificatrice générale a plutôt formulé plusieurs recommandations s'articulant toutes autour des pratiques et méthodes actuelles de la Régie, dont les suivantes :

- revoir son processus de gestion des risques afin de considérer davantage ceux relatifs aux erreurs de facturation et aux fraudes potentielles liées à la rémunération des médecins omnipraticiens et spécialistes;
- mettre en œuvre un plan organisationnel de gestion intégrée des contrôles afin de mieux encadrer les contrôles a posteriori;
- adapter la méthode d'échantillonnage des dossiers en fonction des risques, de la charge de travail qui en découle ainsi que de la capacité de récupération des sommes, qui est elle-même influencée par le délai de prescription; et
- revoir le processus d'analyse de la facturation afin qu'il joue pleinement son rôle.

Or, de façon assez surprenante, certains voient dans ce rapport l'origine du projet de loi n° 92¹ qui propose une réforme très importante des pouvoirs et recours de la Régie laquelle, aux dires du ministre lui-même, se situe à « des années-lumière du passé »². Cette réforme touche non seulement le contrôle de la rémunération des médecins, mais celle de tous les professionnels de la santé, incluant les pharmaciens propriétaires.

¹ *La Presse*, « Rémunération des médecins: la RAMQ explique ses vérifications », par Lia Lévesque (18 février 2016).

² *Le Devoir*, « La RAMQ acquiert du mordant », par Amélie Daoust-Boisvert (7 avril 2016).

L'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) est favorable aux contrôles de la facturation effectués par la Régie, elle a d'ailleurs toujours collaboré avec cette dernière dans le cadre de ces contrôles qui visent à s'assurer de la conformité de la facturation de ses membres à l'entente négociée et à contrer, le cas échéant, les cas d'abus et de fraudes. En ce sens, nous appuyons le principe du projet de loi n° 92 qui vise à accroître les pouvoirs de la Régie. L'AQPP est toutefois d'avis que bon nombre de dispositions contenues au projet de loi n° 92 vont beaucoup trop loin et seraient indûment préjudiciables pour les professionnels de la santé, dont les pharmaciens propriétaires et ce, sans pour autant véritablement répondre aux préoccupations exprimées par la vérificatrice générale quant aux pratiques et méthodes de la Régie.

Les commentaires formulés par l'AQPP portent, dans un premier temps, sur les articles proposés dans le projet de loi. La communication de renseignement ou document contenu au dossier de la personne assurée par un professionnel est d'abord abordée. Des changements sont proposés à l'article 13 quant à la durée du préavis donné par la Régie de même que sur l'utilisation systématique de la méthode d'inférence statistique à laquelle l'AQPP s'oppose. Par ailleurs, l'AQPP commente les sanctions et les amendes prévues au projet de loi afin que soient entre autres distinguées les erreurs pouvant être commises de bonne foi, des manquements graves et des fraudes. Les erreurs de bonne foi sont d'autant plus probables dans un environnement où des centaines de millions de transactions se transigent à chaque année entre la Régie et les pharmaciens.

Les délais de prescription et ceux relatifs à la possibilité de s'adresser à la Cour du Québec ou à la Cour supérieure sont aussi commentés. L'AQPP soumet également ses observations en regard des dispositions transitoires de ce projet.

Enfin, dans un deuxième temps, l'AQPP saisit l'occasion que propose le projet de loi n° 92 d'accroître les pouvoirs de la Régie pour sensibiliser la Commission à la présence d'acteurs qui gravitent autour des professionnels de la santé, dont les pharmaciens propriétaires et qui peuvent exercer certaines pressions indues qui pourraient avoir notamment comme effet d'éluder le droit du patient de choisir son professionnel de la santé. Dans le cadre de ses fonctions commerciales et professionnelles, les pharmaciens doivent transiger avec plusieurs tiers : compagnies génériques, grossistes, chaînes et bannières, fournisseurs de solutions informatiques. Ces tiers sont souvent des multinationales et les relations commerciales avec celles-ci sont contractuelles, quotidiennes et impliquent des sommes d'argent considérables.

Le projet de loi n° 92, dans sa forme actuelle, ne vise presque exclusivement que les professionnels de la santé. Or, il devrait être modifié de manière à rendre plus transparente à l'égard de la Régie les relations commerciales des tiers avec les professionnels de la santé et assujettir ces tiers à des sanctions pénales à caractère dissuasif lorsque ces tiers participent ou contribuent à encourager un professionnel à enfreindre une loi ou un règlement en vigueur. La Régie détient déjà certains pouvoirs quant aux tiers, par exemple par le biais de l'engagement du fabricant, celui de retirer les produits de la listes d'un fabricant qui serait reconnu coupable d'une infraction. L'AQPP encourage la Régie à utiliser ces pouvoirs mais suggère aussi que lui soit accordée des droits et des pouvoirs accrus nécessaires à l'égard de ces acteurs afin d'optimiser son mandat et son rôle qui consistent à administrer et à appliquer les programmes du régime d'assurance maladie, de même que tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

2. COMMENTAIRES SUR LES ARTICLES DU PROJET DE LOI N° 92

2.1 La transmission par le professionnel de la santé du dossier d'un patient

En vertu du projet de loi n° 92, l'article 18 de la *Loi sur l'assurance maladie* portant sur les recours subrogatoires de la Régie serait notamment modifié pour obliger le professionnel de la santé à communiquer à la Régie « *tout renseignement ou document contenu au dossier de la personne assurée qui est nécessaire à l'exercice d'un recours pris en application du paragraphe 1, après avoir informé cette personne de la nature des renseignements ou documents qui seront communiqués à la Régie* » (paragraphe 1.1).

Or, le professionnel de la santé, en particulier le pharmacien, est tenu de respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle obtenu dans l'exercice de sa profession (article 62 du *Code de déontologie des pharmaciens*). Par ailleurs, le pharmacien ne peut être relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation de son patient ou lorsque la loi l'ordonne (article 63 du *Code de déontologie des pharmaciens*).

Considérant le secret professionnel auquel le pharmacien est tenu envers ses patients et la nature sensible des informations qui peuvent être contenues dans les dossiers des patients, l'AQPP, à l'instar de l'Ordre des pharmaciens, est d'avis que la levée de ce secret devrait faire l'objet d'une analyse d'impact beaucoup plus approfondie. Aussi, le critère à l'effet qu'un renseignement ou document soit « *nécessaire à l'exercice d'un recours* » est imprécis en ce que le projet de loi ne propose aucun critère afin d'en circonscrire son étendue.

Il importe également de fixer un délai à l'intérieur duquel la personne doit être informée de la nature des renseignements qui seraient ainsi transmis afin de lui permettre le cas échéant, de réagir et d'effectuer les représentations nécessaires.

L'AQPP propose que les modifications quant à la levée du secret professionnel qui seraient incluses à l'article 18 de Loi sur l'assurance maladie fassent l'objet d'une analyse à laquelle participerait l'Ordre des pharmaciens et aussi d'une consultation auprès des divers intervenants concernés. L'AQPP suggère également que soit clarifiée l'expression « nécessaire à l'exercice d'un recours » et ce, afin d'éviter toute difficulté d'interprétation.

18. [...] (1.1.) Un professionnel de la santé ou un dispensateur doit, sur demande de la Régie, lui communiquer tout renseignement ou document contenu au dossier de la personne assurée qui est nécessaire à l'exercice d'un recours pris en application du paragraphe 1, après avoir informé cette personne, au moins 10 jours au préalable.

2.2 Préavis de la Régie (2^e alinéa du paragraphe 2^o de l'article 13)

Le projet de loi n° 92 prévoit, à son article 13, la modification de l'article 22.2 de la *Loi sur l'assurance maladie* par l'ajout de l'alinéa suivant :

« Avant de rendre sa décision, la Régie transmet au professionnel de la santé un préavis d'au moins 30 jours indiquant les actes qui lui sont reprochés et, le cas échéant, la sanction administrative pécuniaire qui pourra lui être imposée et lui donnant la possibilité de présenter ses observations. À l'expiration du délai, la Régie notifie sa décision par écrit au professionnel de la santé, en la motivant ».

Bien que l'AQPP accueille favorablement l'introduction proposée d'un préavis indiquant les actes reprochés, elle a des préoccupations légitimes quant à la courte durée de ce préavis et au niveau des précisions qu'il devrait contenir afin de permettre au professionnel de la santé de réagir adéquatement dans le délai imparti.

En effet, l'AQPP a remarqué, au cours des dernières années, un certain effritement de la précision des informations transmises par la Régie.

Par le passé, les vérifications de la Régie étaient principalement effectuées par le biais de visites professionnelles d'inspection, lesquelles étaient suivies d'un rapport détaillé indiquant spécifiquement les non-conformités identifiées. De plus, les visites d'inspection facilitaient les échanges entre le représentant de la Régie et le pharmacien propriétaire puisque de manière générale, le représentant de la Régie se présentait en pharmacie. Au terme de cette visite, un rapport préliminaire était transmis au pharmacien.

Plus récemment, les vérifications s'effectuent par le biais de demandes de renseignements transmises par la Régie au pharmacien propriétaire. Malgré les tâches administratives supplémentaires requises de la part des pharmaciens propriétaires pour compléter les demandes de renseignements, l'AQPP ne s'oppose pas, en principe, à ce mode de fonctionnement.

Par contre, l'AQPP a remarqué que ces rapports transmis par la Régie que le projet de loi nomme maintenant « *préavis* », sont généralement beaucoup moins étayés que ne l'étaient les résumés de visites professionnelles d'inspection. En effet, il semble que la nouvelle pratique de la Régie soit de transmettre seulement une lettre générale confirmant le résultat de la vérification et un tableau intitulé *Récapitulatif des ajustements*. (**ANNEXE 1**)

Bien que le tableau récapitulatif contienne une colonne nommée *Type d'erreur ou modification apportée*, le niveau de détail apparaît insuffisant pour permettre au pharmacien propriétaire de bien comprendre ce qui lui est reproché. À titre d'illustration, la simple mention de l'existence d'une non-conformité alléguée à la « Règle 27 » (thérapies parentérales et solution ophtalmique), une disposition de l'entente entre le MSSS et l'AQPP qui fait plus de 500 mots et traite de plusieurs situations différentes, n'est pas suffisamment précise.

Lorsque le préavis de la Régie n'est pas suffisamment détaillé, le professionnel de la santé est souvent contraint de demander des précisions, avec les délais que ceci emporte. Par la suite, la Régie transmet une lettre expliquant le(s) motif(s) précis justifiant la réclamation.

L'AQPP est d'avis que le projet de loi n° 92 devrait spécifiquement prévoir que le préavis de la Régie doive indiquer le détail des actes reprochés. Cela est d'autant plus important considérant que le projet de loi n° 92 accorde un délai maximal de 30 jours au professionnel de la santé pour présenter ses observations. Autrement, considérant les délais à prévoir pour la transmission des précisions qui devront être demandées, le professionnel de la santé disposerait dans les faits d'un délai de moins de 30 jours ou pourrait même être contraint de présenter ses observations avant d'avoir reçu les précisions requises, ce qui n'est évidemment pas souhaitable.

Par ailleurs, des préavis plus détaillés rendraient plus efficace le processus de vérification et de décision de la Régie, le tout au bénéfice de toutes les parties prenantes :

- des préavis plus précis éviteront de nombreuses demandes de clarifications de la part des professionnels de la santé, lesquelles peuvent retarder le processus décisionnel; et
- des préavis plus précis permettent au pharmacien de bien comprendre la position de la Régie, ce qui peut avoir pour effet de réduire le nombre de contestations :
 - i. en permettant que les observations du professionnel de la santé portent précisément sur le point en litige; et
 - ii. en favorisant les admissions du professionnel de la santé quant aux erreurs commises de bonne foi.

L'AQPP propose donc que le 2^e alinéa du paragraphe 2^o de l'article 13 du projet de loi n^o 92 se lise comme suit :

« Avant de rendre sa décision, la Régie transmet au professionnel de la santé un préavis d'au moins 30 jours indiquant de façon précise, la liste des actes qui lui sont reprochés, les motifs de reproche et l'analyse faite pour établir la somme demandée au titre de compensation et, le cas échéant, la sanction administrative pécuniaire qui pourra lui être imposée et lui donnant la possibilité de présenter ses observations. À l'expiration du délai, la Régie notifie sa décision par écrit au professionnel de la santé, en la motivant ».

2.3 « L'inférence statistique » (1^{er} alinéa du paragraphe 4^o de l'article 13)

L'inférence statistique peut se définir comme suit : toute conclusion formulée à propos d'une population à partir d'informations recueillies auprès d'un échantillon³.

Le rapport de la vérificatrice générale permet de formuler plusieurs constats, qui sont parfois des évidences, en ce qui concerne l'adoption d'une approche statistique en matière de rémunération des professionnels de la santé puisque, dans certains cas particuliers, elle a déjà été utilisée par la Régie dans ses pratiques.

Premièrement, tout échantillonnage comporte une marge d'erreur et plus celle-ci est élevée, moins les résultats sont fiables :

« Le nombre de dossiers faisant partie de l'échantillon a donc un impact sur la marge d'erreur associée aux sommes ainsi extrapolées. Plus la marge d'erreur est importante, moins on peut avoir confiance que les résultats de l'échantillonnage sont proches de la réalité ».⁴

Deuxièmement, le choix de différentes méthodes par la Régie n'est pas justifié en fonction des risques qui y sont associés :

³ Howard B. Christensen. 1986. *La statistique: Démarche pédagogique programmée*. Chenelière éducation, 698 p. (voir: <http://www.cheneliere.ca/5326-livre-la-statistique.html>)

⁴ *Vérification de l'optimisation des ressources*, au para. 39.

*« La RAMQ a recours à différentes méthodes d'échantillonnage des dossiers cliniques. Toutefois, le choix de l'une ou l'autre de ces méthodes n'est pas justifié en fonction des risques et de la charge de travail exigée pour l'examen de ces dossiers ».*⁵

Troisièmement, l'emploi de différentes méthodes d'échantillonnage se répercute sur la charge de travail du professionnel visé :

*« L'utilisation de différentes méthodes d'échantillonnage se répercute également sur la charge de travail des médecins-conseils, qui doivent consacrer davantage de temps à l'analyse de dossiers cliniques lorsque l'échantillon est plus important ».*⁶

Finalement, le rapport de la vérificatrice générale indique que les méthodes d'échantillonnage peuvent avoir un impact négatif sur les sommes recouvrées par la Régie, vu leur marge d'erreur inhérente :

*« Ces méthodes ont également un impact sur les sommes récupérées, étant donné que les marges d'erreur associées aux sommes qui ont fait l'objet d'une extrapolation ne sont pas les mêmes. Les sommes liées à ces marges d'erreur peuvent faire l'objet de négociation entre la RAMQ et le médecin et influencer à la baisse le montant de la réclamation ».*⁷

Pour ces raisons, la vérificatrice générale a invité la Régie à revoir ses méthodes.

Dans ce contexte, il est pour le moins surprenant que le ministre, au lieu de revoir les méthodes de la Régie, propose une réforme visant à généraliser l'établissement par « *inférence statistique* » des sommes réclamées par la Régie à un professionnel de la santé (incluant à un pharmacien propriétaire) :

« Le montant des paiements qu'un professionnel de la santé a obtenus pour des services visés au premier ou au deuxième alinéa peut être établi par inférence statistique sur le seul fondement de renseignements obtenus par un échantillonnage de ces services, selon une méthode conforme aux pratiques généralement reconnues. (Article 13 du projet de loi no 92) ».

Selon ce qui est proposé, l'inférence statistique pourrait être utilisée non seulement pour établir le montant que le professionnel de la santé doit rembourser quant aux paiements obtenus pour des services qui n'ont pas été fournis ou qui ont été faussement décrits, mais aussi pour des services fournis non-conformément à l'entente, des services que le professionnel n'a pas fournis lui-même, des services non assurés, des services non considérés comme assurés par règlement ou des services non déterminés comme services assurés par règlement (article 22.2 de la *Loi sur l'assurance maladie*, 1^{er} et 2^e alinéas).

Qui plus est, et malgré les observations de la vérificatrice générale, le projet de loi n° 92 ne définit ni en quoi consiste « *l'inférence statistique* », ni les « *pratiques généralement reconnues* » qui

⁵ *Ibid*, au para. 40.

⁶ *Ibid*, au para. 42.

⁷ *Ibid*, au para. 42.

devraient la régir⁸. De fait, la notion d'inférence statistique apparaît inédite dans le corpus législatif québécois puisqu'elle n'a pu être retracée par l'AQPP dans d'autres lois ou règlements québécois.

Il est particulièrement préoccupant que le ministre souhaite généraliser une pratique qui, même dans son utilisation restreinte par la Régie, a connu des ratés importants. La conjugaison d'une telle approche à l'imposition de sanctions administratives calculées selon un pourcentage des montants réclamés et sans plafond a aussi de quoi inquiéter les membres de l'AQPP. En effet, les professionnels de la santé pourraient se voir imposer des remboursements, des frais de recouvrement et des sanctions pécuniaires importantes sur la base d'approximations plus ou moins fiables qui ne sont pas encadrées par la loi, pour ensuite devoir déployer d'importantes ressources pour se défendre.

Pourtant, il est reconnu que, dans le cadre de ses obligations d'agent payeur et de son devoir de surveillance de la conformité de la facturation des professionnels de la santé, plusieurs obligations incombent à la Régie dont celles d'agir de bonne foi, de façon diligente et de procéder à une analyse individualisée (par opposition à une analyse superficielle) des faits, sans quoi elle peut engager sa responsabilité⁹.

L'AQPP est d'avis que l'utilisation d'inférences statistiques par la Régie pourrait dans bien des cas constituer une méthode d'enquête superficielle non conforme aux obligations de la Régie envers les professionnels de la santé et de les exposer aux calculs arbitraires de la Régie et contraire aux enseignements des tribunaux.

La Régie et la loi ne permettent évidemment pas aux professionnels de la santé d'estimer leur facturation, et ce, à juste titre considérant les aléas des méthodes statistiques, lesquelles sont de par leur nature, approximatives. Les pharmaciens propriétaires investissent donc un temps considérable à veiller à ce que leur facturation à la Régie soit exacte, bien qu'il soit impossible d'éliminer totalement les erreurs de bonne foi pouvant donner lieu à des ajustements dans un sens ou dans l'autre.

Par le passé, la Régie et les pharmaciens propriétaires ont travaillé en étroite collaboration pour établir un processus de facturation électronique facilitant les vérifications de la Régie. D'ailleurs, ce système de facturation détaillée impose à chaque pharmacien propriétaire des obligations substantielles qui requièrent des ressources importantes, notamment :

- la vérification constante de sa facturation (et de celle des pharmaciens à son emploi) soumise à la Régie pour confirmer que les services facturés sont assurés, requis, correctement décrits, réellement fournis et conformes à l'entente (coût, quantité, etc.); et
- le maintien de dossiers bien documentés pour permettre la vérification de la facturation par la Régie.

⁸ Le projet de loi n° 92 ne fournit, par exemple, aucune indication quant à la multitude de facteurs pouvant être pertinents, comme la méthode de sélection de l'échantillon, la représentativité de l'échantillon par rapport à la population, le degré de probabilité requis et l'intervalle de confiance acceptable.

⁹ *Régie de l'assurance maladie du Québec c. Lecours*, 2012 QCCA 1183.

La Régie reçoit annuellement près de 231 millions¹⁰ de demandes de paiements des pharmaciens. À l'heure actuelle, en raison de la grande efficacité du système de facturation en temps réel en pharmacies, la Régie dispose de tous les renseignements reliés à chacune des demandes de paiement présentées par un pharmacien, pour un service pharmaceutique dans le cadre du régime public d'assurance médicaments. Les informations de l'ensemble des demandes de paiement pour les services pharmaceutiques sont facilement accessibles et sont aussi compilées régulièrement par la Régie dans le cadre notamment, du suivi du régime public d'assurance médicaments et aux fins de la préparation des statistiques publiques diffusées.

L'AQPP tient cependant à souligner que si la facturation est en temps réel, le paiement demeure différé de deux semaines et sur une base bimensuelle. Ceci est au bénéfice de la Régie, le pharmacien propriétaire devant financer son fonds de roulement durant cette période.

La Régie dispose également des ressources humaines et technologiques pour traiter et analyser l'ensemble des demandes de paiement pour les services pharmaceutiques du régime, cet ensemble constituant un volume important de données. Étant donné le volume plus petit de données lorsqu'on analyse les services rendus par un professionnel de la santé autre que le pharmacien, l'AQPP croit que le rapport de la Régie afin d'établir le volume d'actes reprochés allégués ainsi que la somme demandée au titre de compensation, devrait être confectionné à partir des données réelles des demandes de paiements dont elle dispose et non par inférences statistiques. Cette analyse aurait la qualité d'être exhaustive puisqu'elle couvrirait tous les services rendus par le pharmacien au cours d'une période donnée.

Cette manière de faire, qui s'apparente à celle d'un recensement en couvrant toute la population de demandes de paiements ou de services pharmaceutiques, permet d'obtenir le degré d'exactitude des informations statistiques le plus élevé contrairement aux méthodes d'enquêtes par échantillon qui se caractérisent toujours par des erreurs dans les estimations statistiques, aléatoires ou biaisées et ce, même lorsque la méthode est conforme aux pratiques généralement reconnues.

De plus, le fait d'utiliser les données réelles reliés aux actes reprochés et à l'établissement des montants de compensation comporte aussi un avantage de transparence pour le professionnel de la santé qui pourra mieux faire ses vérifications et apporter ses explications à la Régie.

C'est seulement en l'absence de données sur les demandes de paiements que l'AQPP croit qu'il pourrait être justifié de suivre une méthode par échantillonnage en autant que cet échantillon soit suffisamment précis et représentatif des caractéristiques des services visés.

En effet, pour qu'une inférence statistique soit valide, les pratiques généralement reconnues en matière d'échantillonnage statistique préconisent un échantillon d'une taille suffisante pour que l'erreur d'estimation soit acceptable et représentative des caractéristiques de la population. Il nous apparaît donc primordial de faire référence explicitement à ces deux attributs d'un bon échantillon afin d'assurer une rigueur méthodologique et d'éviter des malentendus d'interprétation.

¹⁰ <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/pharmaciens/facturation/verification-contrrole/Pages/role.aspx>

Ainsi, l'équité requiert que les pharmaciens propriétaires ne soient tenus que des ajustements des sommes **exactes** auxquelles ils n'avaient pas droit, lesquelles devraient être établies par des calculs détaillés, et non par simple inférence statistique.

En dernière analyse, et au-delà de ce qui précède, il y a fort à parier que l'introduction dans la *Loi sur l'assurance maladie* du concept d'inférence statistique n'aurait pas l'effet escompté de faciliter le contrôle par la Régie de la rémunération des professionnels de la santé. Outre le fait que l'utilisation de cette approche serait sans aucun doute génératrice de nombreux litiges, elle risque d'avoir un effet baissier sur les montants recouverts vu le caractère approximatif et éminemment contestable de cette approche.

Ainsi, au lieu de simplifier le processus de réclamations, les inférences statistiques risquent plutôt de le complexifier indûment, et ce, pour toutes les parties prenantes.

Pour ces raisons, l'AQPP recommande que le premier alinéa du paragraphe 4° de l'article 13 soit modifié et qu'il se lise ainsi :

« Le montant des paiements qu'un professionnel de la santé a obtenus pour des services visés au premier ou au deuxième alinéa doit être établi à partir des données réelles relatives aux demandes paiements, disponibles à la Régie et selon les caractéristiques des services visés au premier ou au deuxième alinéa.

Lorsque ces données ne sont pas disponibles en temps réel ou électroniquement, le montant des paiements qu'un professionnel de la santé a obtenus pour des services visés au premier ou au deuxième alinéa peut être établi par inférence statistique sur le seul fondement de renseignements obtenus par un échantillonnage de taille suffisante et représentatif des caractéristiques de ces services, selon une méthode conforme aux pratiques généralement reconnues. »

2.4 Les sanctions administratives pécuniaires (SAP) (1^{er} alinéa et paragraphe 4° de l'article 12, 1^{er} et 2^e alinéas du paragraphe 2° de l'article 13, paragraphe 1° de l'article 22 et paragraphe 1° de l'article 31)

Le projet de loi n° 92 propose l'introduction de SAP à la *Loi sur l'assurance maladie* et à la *Loi sur l'assurance médicaments*.

Outre le fait de vouloir faire bénéficier de revenus additionnels la Régie, l'AQPP est d'avis que les SAP prévues au projet de loi n° 92 ne sont pas justifiées, compte tenu des amendes et des frais de recouvrement déjà applicables.

L'AQPP est d'avis que les SAP proposées sont excessives à plusieurs égards et recommande qu'elles soient modifiées de façon importante.

Les professionnels de la santé qui commettent des manquements à la *Loi sur l'assurance maladie* – dans la vaste majorité des cas des erreurs de bonne foi – sont déjà tenus de rembourser les sommes obtenues sans droit (articles 22.0.1, 22.2 et 50). Ces remboursements sont déjà assujettis à des frais de recouvrement de 10 % (minimum 50 \$ et maximum 10 000 \$) sur le solde impayé en vertu de l'article 22.4 de la *Loi sur l'assurance maladie*, et ce, nonobstant le fait que ces montants soient souvent remboursés à la Régie par compensation.

De plus, la *Loi sur l'assurance maladie* contient déjà des dispositions pénales prévoyant des amendes et permettant de sanctionner les infractions à ses dispositions ou à celles des règlements adoptés en vertu de celle-ci.

L'AQPP est d'avis que l'introduction de SAP n'est pas justifiée, d'autant que la présomption de bonne foi ne paraît pas être tenue en compte.

Des modifications importantes sont requises, à ce titre.

Dans un premier temps, l'AQPP constate que les manquements pouvant donner lieu à l'imposition de SAP peuvent être les mêmes que ceux visés aux infractions pénales déjà prévues dans la *Loi sur l'assurance maladie*. Ainsi, la possibilité que des SAP et des amendes soient imposées pour le même manquement reproché expose les professionnels de la santé à un double péril qui n'est pas acceptable. À titre indicatif, voici deux exemples tirés de la *Loi sur l'assurance maladie* (telle que modifiée par le projet de loi n° 92) démontrant cette possibilité :

Infraction pénale et amende	Sanction administrative pécuniaire
Le fait pour le professionnel de la santé de recevoir ou d'obtenir un paiement pour un service assuré fourni non conformément à l'entente entre le MSSS et l'AQPP	
4 ^e et 14 ^e alinéas de l'article 22	1 ^{er} et 3 ^e alinéas de l'article 22.2
Le fait pour le professionnel de la santé de réclamer ou d'obtenir un paiement pour un service qui n'a pas été fourni, qu'il n'a pas fourni lui-même, faussement décrit ou non assuré	
7 ^e , 8 ^e et 14 ^e alinéas de l'article 22	2 ^e et 3 ^e alinéas de l'article 22.2

L'AQPP est d'avis qu'une disposition devrait être ajoutée pour empêcher spécifiquement l'imposition d'une double sanction au professionnel de la santé.

Dans un deuxième temps, le projet de loi n° 92 suggère l'imposition de SAP équivalentes à 10% ou 15% du paiement réclamé au professionnel de la santé, le tout sans plafond :

Disposition pertinente (telle que modifiée par le projet de loi n° 92)	SAP à pourcentage
<i>Loi sur l'assurance maladie</i> , article 22.0.1, 4 ^e paragraphe	15 %
<i>Loi sur l'assurance maladie</i> , article 22, 3 ^e alinéa	10 % ou 15 %
<i>Loi sur l'assurance maladie</i> , article 50, 2 ^e alinéa	15 %
<i>Loi sur l'assurance médicaments</i> , article 22, 3 ^e alinéa	15 %

Considérant que les manquements visés par ces dispositions peuvent découler d'erreurs de bonne foi commises par les professionnels de la santé malgré toute la diligence dont ils ont pu faire preuve dans le cadre de leur facturation à la Régie, l'AQPP est d'avis que les SAP proposées par le projet de loi n° 92 sont excessives et déraisonnables.

L'AQPP est d'avis qu'il faille distinguer les situations où le professionnel a agi de bonne foi de celles où le professionnel fait montre de négligence grossière, d'abus de ou fraude envers la Régie.

Notre société de droit et le Code civil font présumer de la bonne foi de tout individu. Il est pour le moins étonnant que ce projet de loi soit silencieux quant à cet aspect et permette en toute

circonstance des sanctions administratives en sus des amendes et des frais de recouvrement applicables. Rappelons qu'en raison du nombre très important de transactions entre la Régie et les pharmacies, près de 231 millions par année, la possibilité que des erreurs de bonne foi soient commises est très élevée.

L'AQPP recommande donc que les sanctions administratives ne soient imposées qu'en cas de négligence grossière, de mauvaise foi ou de fraude du professionnel. Subsidiairement, l'AQPP estime que les sanctions administratives devraient être modifiées de façon importante considérant (i) le double péril auquel les professionnels de la santé pourraient être exposés et (ii) leur caractère excessif.

Ensuite, il est possible de constater à l'étude d'autres lois provinciales prévoyant des SAP que l'imposition d'un pourcentage n'est pas la méthode généralement préconisée par le législateur. Au contraire, la législation existante en matière de SAP prévoit l'imposition d'un montant fixe, parfois jumelé à un plafond. Dans le cadre du projet de loi n° 92, si le législateur décide de maintenir l'utilisation de pourcentages, l'AQPP est d'avis que les SAP devraient à tout le moins être assujetties à un plafond par l'imposition d'une somme maximale déterminée en dollars (ex : « jusqu'à concurrence de 1 500 \$ »).

L'AQPP croit que l'imposition d'une SAP en vertu d'un pourcentage sans qu'une somme maximale ne soit prévue est susceptible d'entraîner de graves injustices envers les professionnels de la santé. Par exemple, dans le cas d'un pharmacien qui réclame de bonne foi des services de façon non-conforme à l'entente entre le MSSS et l'AQPP pour une période de plusieurs mois (ou plus) avant que cette situation ne soit notée et corrigée, le montant de la SAP pourrait être totalement disproportionné par rapport au manquement reproché, voire même dépasser le montant de l'amende qui aurait pu être imposée pour un tel manquement dans le cadre d'une poursuite pénale.

En plus de ce qui précède, il serait opportun que le ministre adopte et rende public un cadre général d'application régissant l'imposition des SAP, comme le prévoit, à titre d'exemple, l'article 115.13 de la *Loi sur la qualité de l'environnement*¹¹. Autrement, l'absence de paramètres régissant l'imposition des SAP fait craindre à l'AQPP un manque d'uniformité dans l'application de la loi, voire des risques d'abus à l'encontre des professionnels de la santé.

Finalement, puisque les SAP constituent une forme de pénalité administrative, la Régie ne devrait pas pouvoir en imposer le paiement par compensation comme un simple remboursement. Ainsi, s'il conteste la SAP, le professionnel de la santé devrait pouvoir refuser de la payer jusqu'à ce qu'un jugement final tranche le différend, comme c'est le cas dans d'autres lois québécoises, moyennant le paiement d'intérêts en cas de rejet de son pourvoi.

Pour ces raisons, l'AQPP recommande que le paragraphe 2° de l'article 13 soit remplacé par le suivant :

¹¹ RLRQ c. Q-2.

22.2 [...]

De plus, la Régie peut imposer au professionnel de la santé une sanction administrative pécuniaire équivalant d'au plus 10 % du paiement qu'il a réclamé ou obtenu pour des services visés au premier alinéa ou d'au plus 15 % du paiement qu'il a réclamé ou obtenu pour des services visés au deuxième alinéa, dans les deux cas jusqu'à concurrence d'une somme maximale de 1 500 \$. Elle ne peut percevoir le montant de la sanction par compensation.

L'AQPP recommande de plus que soit ajouté à l'article 14, l'alinéa suivant :

[...]

22.3 Aucune sanction administrative pécuniaire ne peut être imposée à un professionnel de la santé en raison d'un manquement à une disposition de la présente loi lorsqu'un constat d'infraction lui a été émis en raison du même manquement et découlant des mêmes faits reprochés.

Pour l'application des sanctions administratives pécuniaires, le ministre élabore et rend public un cadre général d'application et y précise notamment les éléments suivants :

1° les objectifs poursuivis par ces sanctions;

2° les catégories de fonctions dont sont titularisées les personnes désignées pour les imposer;

3° les critères qui doivent guider personnes désignées lorsqu'un manquement est constaté, notamment la prise en compte de la nature de ce manquement, de son caractère répétitif et de la gravité de l'atteinte;

4° les circonstances dans lesquelles le recours pénal sera priorisé; et

5° les autres modalités relatives à l'imposition d'une telle sanction, notamment le fait que celle-ci doit être précédée de la notification d'un avis de non-conformité

2.5 Les amendes (1^{er} et 2^e alinéas de l'article 9, article 19, article 26, article 27, article 33 et paragraphe 2° de l'article 41)

Le projet de loi n° 92 prévoit l'augmentation significative des amendes indiquées à la *Loi sur l'assurance maladie* ainsi que l'introduction de nouvelles amendes à la *Loi sur l'assurance médicaments* et la *Loi sur la Régie de l'assurance maladie*.

L'AQPP ne remet pas en question le fait que des amendes qui n'ont, dans certains cas, pas été ajustées depuis des décennies puissent être revues et indexées. Elle ne s'oppose pas non plus à

ce que de nouvelles amendes puissent être introduites pour sanctionner les infractions aux lois en cause.

Par contre, il demeure incontestable qu'une amende doit toujours être établie en lien avec la gravité de l'infraction reprochée.

En l'occurrence, l'AQPP est d'avis que les augmentations des amendes et les montants établis pour les nouvelles amendes prévues par le projet de loi n° 92 sont disproportionnées, voire arbitraires, d'autant plus qu'elles visent principalement des personnes physiques.

Il convient de rappeler que, de l'aveu du ministre lui-même, les cas d'infractions volontaires (par exemple, une fraude) ne représentent pas un problème très répandu ¹². En effet, les professionnels de la santé ont beaucoup plus à perdre qu'à gagner en commettant de telles infractions, notamment eu égard aux sanctions pénales et disciplinaires auxquelles ils peuvent faire face, et ce, sans compter les dommages à leur réputation.

Ainsi, dans la plupart des cas, les infractions aux lois en cause découlent d'erreurs de bonne foi qu'il est malheureusement impossible d'éradiquer complètement compte tenu du nombre très élevé de réclamations présentées à la Régie chaque année. L'exemple suivant démontre le caractère excessif de la révision des amendes proposées :

Article 22, alinéa 14 de la <i>Loi sur l'assurance maladie</i>					
INFRACTION	A Amende en 1974	B Amende actuelle	C Amende indexée ¹³	D Amende proposée par le projet de loi n° 92	D/B Multiple
1 ^{ère} infraction – Amende minimale	500 \$	1 000 \$	2 538 \$	5 000 \$	5 x
1 ^{ère} infraction – Amende maximale	2 000 \$	2 000 \$	10 151 \$	50 000 \$	25 x
Récidive – Amende minimale	2 000 \$	2 000 \$	10 151 \$	10 000 \$	5 x
Récidive – Amende maximale	5 000 \$	5 000 \$	25 377 \$	100 000 \$	20 x

Comme on peut le constater, loin de se contenter d'indexer les amendes existantes, le projet de loi n° 92 propose, dans plusieurs cas, des augmentations exponentielles des amendes. L'AQPP croit qu'une indexation des amendes serait amplement suffisante pour attendre les objectifs du projet de loi n° 92.

¹² Le Devoir, « *La RAMQ acquiert du mordant* », par Amélie Daoust-Boisvert (7 avril 2016).

¹³ Montant indexé en utilisant la feuille de calcul de l'inflation de la Banque du Canada, laquelle utilise les données mensuelles de L'indice des prix à la consommation (IPC) pour montrer les variations du coût d'un « panier » fixe de produits de consommation.

La comparaison des amendes prévues par certaines autres lois, dont le *Code criminel* pour les infractions dites sommaires, démontre également le caractère excessif des amendes proposées par le projet de loi n° 92 :

Infraction	Amende
<i>Code criminel, LRC 1985, c. C-46</i>	
Infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire, sauf disposition contraire de la loi (paragraphe 787(1))	Amende maximale de 5 000 \$ (et emprisonnement maximal de 6 mois)
<i>Loi sur l'assurance parentale, RLRQ c. A-29.011</i>	
Fournir un renseignement en sachant qu'il est faux, aider ou encourager une autre personne à obtenir une prestation en sachant qu'elle n'y a pas droit, inscrire un faux renseignement dans un ou des documents exigés par le ministre, etc. (article 121)	Amende de 200 \$ à 2 000 \$
<i>Loi sur la protection du consommateur, RLRQ c. P-40.1</i>	
Contrevenir à la loi, donner une fausse information, entraver l'application de la loi, ne pas se conformer à un engagement volontaire, etc. (articles 277 et 279)	Pour une personne physique, une amende de 600 \$ à 6 000 \$, deux fois plus élevé en cas de récidive.
Infraction constituant une pratique interdite (articles 277 et 278)	Pour une personne physique, une amende de 600 \$ à 15 000 \$, deux fois plus élevé en cas de récidive.

Finalement, l'AQPP s'inquiète également des amendes minimales élevées proposées par le projet de loi n° 92. En effet, des amendes minimales élevées enlèvent au poursuivant la discrétion de réclamer (et/ou au juge la discrétion d'imposer) au professionnel de la santé un montant moins élevé jugé proportionnel au manquement reproché.

L'AQPP recommande donc :

- que les amendes de la Loi sur l'assurance maladie se situent dans une fourchette de 1 000 \$ à 25 000 \$; et
- que les nouvelles amendes de la Loi sur l'assurance médicaments et de la Loi sur la Régie de l'assurance maladie soient du même ordre de grandeur.

2.6 Les délais de prescription (2^e alinéa du paragraphe 4^o de l'article 13, article 21, article 28, paragraphe 2^o de l'article 31 et article 35)

2.6.1 Les poursuites pénales

Le concept de la prescription a plusieurs fondements, notamment la stabilité des droits des justiciables, la préservation de la preuve et la prévention de l'injustice pouvant découler du fait qu'un geste puisse être jugé différemment en fonction de l'évolution des valeurs, des droits ou de l'ordre social¹⁴.

En l'absence d'une disposition spécifique d'une loi particulière, le *Code de procédure pénale* prévoit les principes généraux applicables en matière de prescription pour les infractions pénales provinciales :

14. Toute poursuite pénale se prescrit par un an à compter de la date de la perpétration de l'infraction.

Toutefois, à l'égard d'une disposition spécifique, la loi peut fixer un délai différent ou fixer le point de départ de la prescription à la date de la connaissance de la perpétration de l'infraction ou à la date où se produit un événement déterminé par cette loi.

15. La prescription est interrompue par la signification d'un constat d'infraction au défendeur. [...] [nous soulignons et nos caractères gras]

Considérant l'usage de la conjonction « ou » au 2^e alinéa de l'article 14 du *Code de procédure pénale*, le projet de loi n° 92 devrait au plus permettre de fixer (i) un délai de prescription différent OU (ii) le point de départ de la prescription à la date de la connaissance de la perpétration de l'infraction, **et non les deux à la fois**.

Pourtant, c'est précisément ce que propose le projet de loi n° 92.

En effet, la prescription actuellement en vigueur en vertu de la *Loi sur l'assurance maladie* est de deux ans de la date de perpétration de l'infraction (article 76.1). Elle est d'un an à compter de la perpétration de l'infraction dans le cas de la *Loi sur l'assurance médicaments* puisque celle-ci ne contient aucune disposition spécifique à ce sujet.

Le projet de loi n° 92 propose désormais que les poursuites pénales découlant de ces lois doivent être intentées « *dans un délai d'un an depuis la connaissance par le poursuivant de la perpétration de l'infraction* », mais qu'aucune poursuite ne peut être intentée s'il s'est écoulé « *plus de cinq ans depuis la date de la perpétration de l'infraction* » (articles 28 et 35 du projet de loi n° 92).

Ainsi, la période de prescription à compter de la date de perpétration de l'infraction passerait d'un ou deux ans à un maximum de cinq ans.

De plus, le projet de loi n° 92 vise à introduire le concept de connaissance « *par le poursuivant* » de la perpétration de l'infraction. Le poursuivant étant le Directeur des poursuites criminelles et pénales (« **DPCP** »), le délai de prescription proposé pourrait avoir pour effet de permettre,

¹⁴ Voir notamment *Hamel c. Canada*, [1999] 3 R.C.F. 335 (CAF), au para. 16.

jusqu'à cinq ans après la perpétration de l'infraction, une poursuite pénale fondée sur des faits dont la Régie avait connaissance depuis plusieurs années, mais dont elle n'a pas avisé le DPCP plus tôt.

De l'avis de l'AQPP, les enquêtes et les infractions visées par la *Loi sur l'assurance maladie* et la *Loi sur l'assurance médicaments* n'impliquent pas des dossiers dont la complexité justifie des dérogations aussi importantes aux principes généraux prévus par le *Code de procédure pénale* en matière de prescription.

L'AQPP recommande donc que :

- le délai et le point de départ de la prescription actuellement prévus à l'article 76.1 de la Loi sur l'assurance maladie demeurent inchangés; et

- que l'article 35 du projet de loi n° 92 qui ajoute l'article 85.0.1 à la Loi sur l'assurance médicaments se lise comme suit :

Une poursuite pénale pour la sanction d'une infraction à la présente loi ou ses règlements doit être intentée dans un délai de deux ans depuis la date de la perpétration de l'infraction.

2.6.2 La suspension de la prescription pendant les enquêtes de la Régie

Le projet de loi n° 92 (article 13) suggère de modifier l'article 22.2 de la *Loi sur l'assurance maladie* pour prévoir que « [l]a notification par la Régie d'un avis d'enquête au professionnel de la santé suspend la prescription de 36 mois prévue au premier et deuxième alinéa pour une durée d'un an ou jusqu'à ce que le rapport d'enquête soit complété, selon le plus court délai ». Le projet de loi n° 92 (article 31) propose également que l'article 22 de la *Loi sur l'assurance médicaments* soit modifié pour inclure une suspension de la prescription équivalente.

Une telle suspension par simple avis d'enquête est étrangère au droit civil et pénal québécois. Tant selon le *Code civil du Québec* (article 2891) que selon le *Code de procédure pénale* (article 15), seule une demande en justice ou constat d'infraction peut interrompre la prescription.

L'AQPP recommande donc de retirer le 2^e alinéa du paragraphe 4^o de l'article 13 et le paragraphe 2^o de l'article 31 du projet de loi n° 92 qui prévoient la suspension de la prescription par la notification d'un avis d'enquête.

2.6.3 Le délai du professionnel de la santé pour se pourvoir devant la Cour supérieure ou la Cour du Québec (Projet de loi no 92 – article 12 remplaçant l'article 22.0.1)

Le projet de loi n° 92 (articles 12 et 13) prévoit que les délais de « six mois » actuellement prévus aux articles 22.0.1 et 22.2 de la *Loi sur l'assurance maladie* pour que le professionnel de la santé puisse contester la décision de la Régie concernant un paiement qui aurait été reçu à l'encontre de la loi et, le cas échéant, la SAP y étant associée, seront remplacés par des délais de « 60 jours ».

Bien que l'AQPP ne s'objecte pas à la réduction du délai de six mois, lequel est relativement long, elle est d'avis qu'un délai de 90 jours serait approprié, à l'instar du délai prévu par la *Loi sur l'administration fiscale*, RLRQ c. A-6.002 (article 93.1.1) pour s'opposer à une cotisation de Revenu Québec.

L'AQPP recommande donc de remplacer le délai de 60 jours prévu aux 5^e et 6^e alinéas de l'article 12 et au paragraphe 3^o de l'article 13 du projet de loi n^o 92 par un délai de 90 jours.

2.7 Les dispositions transitoires (Projet de loi n^o 92 - article 48)

L'article 48 du projet de loi n^o 92, visant à donner effet au sixième alinéa de l'article 22.2 de la *Loi sur l'assurance maladie* depuis la date qui précède de trois ans la sanction de la loi, est ambigu tel que rédigé. Toutefois, peu importe l'alinéa visé, l'AQPP considère qu'une telle disposition rétroactive n'est ni nécessaire, ni justifiée.

L'AQPP recommande le retrait pur et simple de l'article 48 du projet de loi n^o 92.

3. L'INSPECTION ET LE CONTRÔLE DES ACTEURS DE LA SANTÉ ET DU MÉDICAMENT

3.1 Mise en contexte

3.1.1. Le rôle des tiers

Le pharmacien doit dans le cadre de ses fonctions commerciales et professionnelles transiger avec plusieurs tiers : compagnies génériques, grossistes, chaînes et bannières, fournisseurs de solutions informatiques. Dans le cadre de ces transactions, le pharmacien peut parfois faire l'objet de pressions indues. Tel que rédigé actuellement, le projet de loi n° 92 ne semble viser que les professionnels de la santé. L'AQPP invite la Régie à trouver des façons de pouvoir enquêter sur la conduite des tiers qui transigent avec les professionnels de la santé, dont les pharmaciens, afin de prévenir une conduite déviante et d'éviter que ces tiers participent ou contribuent à encourager un professionnel à enfreindre une loi ou un règlement en vigueur. S'ils étaient reconnus coupables, la Régie devrait pouvoir les pénaliser de manière beaucoup plus sévère que les professionnels sur une base individuelle, en tenant compte tant de l'importance économique relative de ces tiers que de leur taux de pénétration dans le secteur des pharmacies communautaires et les répétitions plausibles de ces dites conduites, et ce, afin que les pénalités aient un réel pouvoir dissuasif. L'AQPP aimerait rappeler que la Régie possède déjà certains pouvoirs très importants et comprend mal qu'ils soient peu utilisés. (ex : retirer de la liste de médicaments les produits d'une compagnie qui aurait été reconnue coupable). Cela irait également dans le sens des recommandations de la vérificatrice générale.

Dans ses multiples communications avec ses membres, l'AQPP les incite toujours à respecter toutes les règles en vigueur et ne défendra jamais un membre qui ne les aurait volontairement pas suivies.

Pour fin d'exemple, le déplafonnement des allocations professionnelles, auquel l'AQPP et le ministre s'était engagé en juin 2015, est une façon d'augmenter la transparence du système et d'assurer une traçabilité des sommes reçues par le pharmacien, par le biais du registre qui est en place, un système unique au Canada. Une fois les trois années de la durée de l'entente sur le déplafonnement échues, l'AQPP aurait souhaité négocier un nouveau modèle de rémunération libre de toutes allocations provenant d'un tiers. D'ici là, ces sommes sont importantes pour la survie des pharmacies et nous demandons à la Régie de s'assurer que tous, pharmaciens et tiers, respectent les règles en vigueur et que tous les intervenants impliqués soient sanctionnés le cas contraire.

3.1.2 La liberté de choix du professionnel de la santé

L'article 2 de la *Loi sur l'assurance maladie* reconnaît à toute personne le droit de choisir le professionnel de la santé par lequel elle désire être traitée.

Or, malheureusement, ce droit est de plus en plus bafoué de façon directe ou parfois de façon indirecte en ce qui concerne les soins pharmaceutiques, au plus grand détriment des patients.

3.2 Les ententes d'exclusivité avec des pharmacies

3.2.1 Les réseaux de fournisseurs privilégiés

Ailleurs au Canada, nous observons l'émergence de réseaux de fournisseurs privilégiés (*Preferred provider networks* ou PPN) souvent mis en place par des assureurs qui concluent des ententes avec des pharmacies ou des groupements de pharmacies ayant pour effet de diriger les patients vers ces pharmacies au moyen de fortes mesures incitatives (ex : les médicaments ne seront couverts qu'à une seule pharmacie) ou tels une réduction partielle ou complète des montants relatifs à leur franchise ou leur coassurance. Bien que ces pratiques soient interdites au Québec, certains intervenants essaient de façon détournée d'atteindre les mêmes objectifs.

Tout comme l'Ordre des pharmaciens le soulève dans son mémoire, ces pratiques sont inquiétantes en ce qu'elles briment la liberté de choix que la loi accorde au patient. De telles pratiques devraient être sanctionnées dans la mesure où le choix du patient quant à son pharmacien en est influencé ou est quasi impossible.

Par conséquent, l'AQPP est d'avis que la *Loi sur l'assurance maladie* devrait être modifiée de manière à interdire formellement à quiconque, d'inciter, d'encourager ou de diriger directement ou indirectement par l'octroi d'un avantage ou d'un bénéfice quelconque, une personne à obtenir un produit ou un service pharmaceutique auprès d'un pharmacien ou vers une pharmacie ou vers une bannière ou une chaîne de pharmacie.

L'AQPP estime que toute contravention à cette règle constituerait une infraction passible d'une amende, autant pour le pharmacien qui signerait une telle entente que pour le tiers qui en serait à l'origine.

3.2.2 Les médicaments de spécialité

L'augmentation croissante de l'utilisation des médicaments dits de « spécialité » crée des inquiétudes réelles pour les tiers-payeurs, autant public que privés. À titre d'illustration, selon une analyse des réclamations soumises chez des assureurs privés à travers le Canada, bien que représentant environ 2 % des réclamations, ces médicaments accaparent plus de 26 % des dépenses totales en médicaments.¹⁵ Devant la flambée des coûts associés à ces produits, plusieurs mécanismes de distribution spécialisés se sont mis en place au Canada depuis plus de 10 ans. L'objectif ultime derrière la mise en place de ces réseaux vise à offrir de nombreux services aux patients (enseignement, injections, aide financière, etc.) mais également à faire circuler le produit dans un réseau de distribution qui contourne la pharmacie communautaire. Encore une fois, le patient se voit privé de son droit de recevoir ces produits et les services pharmaceutiques qui en découlent, de la part de son pharmacien. Les patients qui résident en région sont souvent confrontés à ces problèmes d'accès et doivent se résigner à recevoir le produit pas la poste ou par un intermédiaire.

Bien qu'elles soient non conformes à l'esprit des lois en vigueur au Québec dans le secteur de la pharmacie, des façons de faire se mettent en place pour centraliser la distribution des produits, les services qui y sont associés ainsi que les ressources financières importantes qui y sont associées.

¹⁵ Express Scripts Canada, Rapport sur les tendances en matière de médicaments 2014. <http://fr.express-scripts.ca/knowledge-centre/drug-trend-reports>

Certaines de ces pharmacies spécialisées peuvent être affiliées à des chaînes ou des bannières ayant pignon sur rue. Il existe donc une possibilité réelle qu'un client se voit forcé, pour se procurer un médicament uniquement disponible à un endroit précis, de transférer toutes ses autres prescriptions à cet endroit en échange d'un accès plus rapide au produit ou avec certains avantages qui pourraient contrevenir au droit du patient de choisir son professionnel.

Une des façons actuellement utilisées afin de contrôler la distribution de ces produits de spécialités est d'en limiter l'approvisionnement à un unique grossiste non accessible à la majorité des pharmaciens ou d'en limiter la vente à un seul pharmacien.

Bien qu'il soit indéniable que ces programmes de support offrent des services aux patients, surtout ceux couverts par des régimes privés, ils soulèvent par contre des questions d'ordre déontologique quant au risque potentiel lié à la confidentialité des informations personnelles des patients.

La dispensation de certains de ces services par le réseau des pharmacies communautaires permettrait donc :

- d'assurer l'étanchéité de la confidentialité des informations confidentielles face aux fabricants;
- d'éviter que ces programmes puissent être utilisés à des fins commerciales;
- de rendre plus transparentes les relations commerciales qui existent entre les nombreux intervenants situés entre le fabricant du produit et ultimement le patient;
- de rendre ces services disponibles à l'endroit et par le professionnel du choix du patient;
- de diminuer les freins à la prescription et au remboursement des nouveaux médicaments bio-similaires beaucoup moins coûteux qui arriveront très prochainement sur le marché;
- de diminuer les iniquités entre les services de support offerts aux assurés des régimes privés ayant accès aux services de ces programmes et ceux du public qui parfois n'y ont pas accès.

À titre de suggestion, la dispensation de ces services pourrait être financée par une partie des sommes versées par le biais des ententes d'inscription conclues entre les fabricants et le ministre de la Santé, ententes permises depuis l'adoption du projet de loi n° 28 en avril 2015. De plus, ces services pourraient être plus facilement encadrés par les ordres professionnels étant donné qu'ils seront offerts par des professionnels.

Bien que les réseaux de distribution mettent l'accent sur les bénéfices que le patient peut en retirer, l'AQPP se questionne sur les réels intérêts que ce modèle sert.

À cet effet, l'AQPP saisit l'occasion qu'offre le projet de loi n° 92 pour recommander que la *Loi sur l'assurance médicaments* soit modifiée afin d'interdire à quiconque de conclure une entente restreinte ou exclusive de distribution de médicaments ou de services pharmaceutiques. La Régie pourrait également exiger, par le biais de l'engagement du fabricant, que les produits soient rendus disponibles chez tous les grossistes, avec des conditions de retours et de crédits minimalement balisés, sous peine de sanctions. La loi devrait également ajouter aux pouvoirs de la Régie, celui de pouvoir inspecter et contrôler de tels réseaux de distribution et ce, en vue de faire respecter le droit du patient d'obtenir les produits et services pharmaceutiques auprès du pharmacien de son choix.

3.2.3 Les résidences privées pour aînés

En marge des situations décrites précédemment, l'AQPP invite le gouvernement à s'assurer et à tout mettre en œuvre afin que la clientèle des résidences privées pour aînés, souvent très vulnérable, se voit reconnaître le droit de choisir son pharmacien et que, quel que soit le choix exprimé, celui-ci soit libre et éclairé.

L'AQPP est d'avis que la Régie devrait bénéficier de pouvoirs précis lui permettant de s'enquérir auprès de cette clientèle, des propriétaires de résidences privées pour aînés, des pharmaciens et des chaînes ou bannières de pharmacies, d'éléments qui lui permette de déterminer si le droit de ce patient a été respecté. En cas de non-respect, le montant des amendes devrait être nettement supérieur à 1 000 \$ tel que prévu à l'article 74 de la *Loi sur l'assurance maladie* et devrait être à la hauteur de la faute commise.

3.3 L'élargissement des engagements du fabricant et du grossiste

L'engagement du fabricant et du grossiste est une entente signée qui permet de préciser les devoirs et les obligations des compagnies pharmaceutiques et des grossistes en contrepartie de la reconnaissance du ministre de la Santé, nécessaire aux ententes avec le gouvernement. De facto, ces engagements viennent aussi encadrer certains éléments des relations commerciales qu'ont les fabricants et les grossistes avec les pharmaciens et les chaînes et bannières de pharmacies.

L'AQPP souhaite faire écho à certains commentaires de l'Ordre des pharmaciens quant aux acteurs de la chaîne d'approvisionnement du médicament, soit les fabricants, les grossistes et les chaînes et bannières de pharmacie qui peuvent exercer une influence potentiellement contraignante auprès des pharmaciens afin d'augmenter leur niveau d'exclusivité avec ces derniers.

Aussi, certains programmes apparaissant en pharmacies depuis certaines années soulèvent des questions déontologiques quant à la participation d'un professionnel à un programme commercial de l'industrie qui pourrait être considéré comme étant du dirigisme. Certains de ces programmes peuvent aussi donner l'impression d'accorder au fabricant un accès direct ou indirect aux données de santé du patient.

Afin d'éviter la prolifération de ces programmes, de garantir le réel accès des patients aux médicaments et aussi de respecter l'autonomie professionnelle des pharmaciens dans leur choix de produits, l'AQPP est en accord avec les recommandations de l'Ordre à l'effet de modifier les engagements des fabricants et des grossistes. Ceci permettrait de s'assurer que les besoins des patients soient protégés et aussi d'éviter les pressions indues subies par les pharmaciens qui sont déjà souvent en position de dépendance économique envers leurs partenaires d'affaires.

L'AQPP appuie donc la recommandation de l'Ordre des pharmaciens dans son mémoire qui propose d'ajouter dans l'engagement du fabricant une mesure interdisant :

« D'offrir directement ou indirectement un programme de remboursement, fidélité, de « copaiement », de ristourne, rabais, ou autre à moins d'une entente avec la Régie ».

Ceci devrait également s'appliquer aux grossistes.

4. CONCLUSION

L'AQPP appuie le principe du projet de loi n° 92 qui vise à accroître les pouvoirs de la RAMQ. Elle a toujours collaboré avec cette dernière dans le cadre de ses contrôles et pour contrevenir aux cas d'abus et de fraude. L'AQPP ne défendra jamais un de ses membres qui enfreindrait délibérément les lois et règlements en vigueur. Toutefois, certaines dispositions contenues au projet de loi n° 92 sont indûment préjudiciables pour les pharmaciens propriétaires, et l'AQPP espère que les modifications suggérées seront apportées au projet de loi pour permettre à la Régie d'exercer ses pouvoirs tout en tenant compte entre autres, de la notion d'erreurs de bonne foi qui semble absente de ce projet de loi.

Le projet de loi n° 92, dans sa forme actuelle, ne vise presque qu'exclusivement les professionnels de la santé et fait fi d'un pan complet du modèle commercial et transactionnel de la pharmacie communautaire au Québec. Le droit du patient de librement choisir son professionnel de la santé est parfois bafoué et l'AQPP invite la Régie à s'assurer que ce droit soit protégé. Aussi, la RAMQ doit trouver des façons de pouvoir enquêter efficacement sur les pratiques des tiers et les pénaliser de manière encore plus sévère que les professionnels de la santé, eu égard à leur importance économique dans le secteur de la pharmacie communautaire. De telles pénalités auraient ainsi un réel pouvoir dissuasif.

EXEMPLES DE RAPPORTS DE VÉRIFICATION / ANALYSE DE LA FACTURATION



DIRECTION DES AFFAIRES PROFESSIONNELLES

Service de l'analyse de la facturation

RÉSUMÉ DE LA VISITE PROFESSIONNELLE D'INSPECTION

effectuée les 20 et 21 avril 2011

auprès de la

Pharmacie [REDACTED], pharmacien [REDACTED]

Basée sur l'entente des pharmaciens

en vigueur depuis le 1^{er} avril 2007.

RÈGLES D'APPLICATION ET D'INTERPRÉTATION DU TARIF

En regard de la visite professionnelle effectuée, nous vous avons demandé 183 ordonnances. Celles-ci ont permis la vérification d'un nombre total de 959 ordonnances. De plus, plusieurs dossiers et autres ordonnances ont été discutés sur place à votre pharmacie, ce qui a permis de vérifier un plus grand nombre de services. Plus de 440 000 services ont été facturés pour la période analysée, soit environ 34 mois, et ce, en fonction des règles décrites ci-dessous.

Veuillez prendre note que les paragraphes en *italique* correspondent à nos observations et commentaires en relation avec les faits observés lors de la visite et les règles de l'entente.

RÈGLE 1

Pour fins de rémunération, le coût des services, des médicaments et des fournitures que fournit le pharmacien n'est payable que si les médicaments, les services et les fournitures ont été fournis en conformité avec les dispositions de la Loi sur l'assurance maladie et la Loi sur l'assurance médicaments, de leurs règlements et des dispositions de l'entente, le tout en exécution ou relativement à l'exécution d'une ordonnance valide au sens de la Loi sur la pharmacie, de ses règlements et de toute réglementation régissant la délivrance de médicaments couverts par la Loi des aliments et drogues et par la Loi réglementant certaines drogues et autres substances.

Les ordonnances, pour être payables, doivent respecter les lois et règlements qui régissent la pratique de la pharmacie. L'ordonnance portant le numéro 83456 est non payable parce que le médicament Palafer n'est pas inscrit à la liste et qu'il a été remplacé par Sulfate ferreux qui lui, n'est pas prescrit . L'ordonnance sera donc récupérée en vertu de la règle 1.

Par ailleurs, les ordonnances verbales doivent contenir tous les renseignements demandés par l'Ordre des pharmaciens. En général, les ordonnances verbales vérifiées sont conformes à la norme de pratique de l'Ordre des pharmaciens.

RÈGLE 4

Le coût des services est payable pour le renouvellement d'une ordonnance lorsque le renouvellement est dûment prescrit sur cette ordonnance. Toutefois, dans le cas de médicaments utilisés de façon continue pour le traitement d'une maladie chronique ou de longue durée identifiable ou portée à l'attention du pharmacien, ainsi que pour le planning familial et la thérapie hormonale de remplacement pour la ménopause :

a) une ordonnance n'indiquant pas une fréquence ou un nombre de renouvellements ou une ordonnance dont le nombre de renouvellements est atteint peuvent,

exceptionnellement, être renouvelées une fois pour une période maximale de trente (30) jours, ou plus si le format est indivisible.

Le renouvellement est alors réputé être un service assuré et traité comme tel pour autant :

- que ce renouvellement survienne dans un délai n'excédant pas trente (30) jours de la fin de traitement prévue à l'ordonnance originale dans le cas où l'ordonnance n'indique pas une fréquence ou un nombre de renouvellements ou celle prévue au dernier renouvellement prescrit lorsqu'il s'agit d'une ordonnance dont le nombre de renouvellements est atteint ; et
- que le pharmacien ait informé la personne assurée, par une mention à l'étiquette lors du dernier service précédant ce renouvellement supplémentaire, qu'il ne pouvait renouveler l'ordonnance au terme du traitement ;

b) une ordonnance peut être renouvelée pour une période maximale de quatre-vingt-dix (90) jours, ou plus si le format est indivisible, advenant que le médecin traitant ait quitté la région, soit décédé ou ait cessé d'exercer sa profession.

Le renouvellement est alors réputé être un service assuré et traité comme tel pour autant :

- que ce renouvellement survienne dans un délai n'excédant pas quatre-vingt-dix (90) jours de la fin de traitement prévue à l'ordonnance originale ;
- que le pharmacien ait informé la personne assurée, par une mention à l'étiquette lors du dernier service précédant ce renouvellement supplémentaire, qu'il ne pouvait renouveler l'ordonnance au terme du traitement ; et
- que le motif au soutien du renouvellement de l'ordonnance soit obligatoirement inscrit au dossier patient. Cette note au dossier du patient doit être datée et le pharmacien identifié.

Pour qu'un renouvellement d'ordonnance soit payable, il doit obligatoirement être inscrit sur celle-ci et une ordonnance n'est payable que pour le nombre inscrit de renouvellements ou pour la période de validité spécifiée.

Toute ordonnance renouvelée au-delà du nombre permis ou de la période autorisée n'est pas payable à moins que cette ordonnance réponde aux critères du point a ou b, où un renouvellement de plus est accepté.

Finalement, rappelons que lorsqu'une ordonnance est précisée non renouvelable, elle ne peut faire l'objet d'aucun renouvellement.

Toutes les ordonnances analysées se sont avérées conformes au regard de cette règle.

RÈGLE 5

À la suite de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence, prestation définie à l'Entente particulière relative au programme de gratuité de la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence, le pharmacien peut prescrire un médicament requis à des fins de contraception orale d'urgence conformément aux dispositions des lois et règlements relatifs à la contraception orale d'urgence.

La prestation comprend les éléments prévus à la norme 2001.01 (Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence) de l'Ordre des pharmaciens du Québec et le pharmacien doit consigner ces renseignements au dossier-patient et transmettre une copie sur demande à la Régie.

Les ordonnances observées au regard de cette règle se sont avérées conformes.

RÈGLE 6 À 9

Dans le cas de refus d'exécution d'une ordonnance ou du renouvellement d'une ordonnance par un pharmacien, la Régie paie au pharmacien pour un motif d'ordre thérapeutique ou pour une ordonnance falsifiée, le coût des services prévu au tarif, pourvu que:

- a) le refus vise un médicament assuré;
- b) le motif au soutien du refus soit obligatoirement inscrit sur l'ordonnance refusée ou son fac-similé, daté et signé par le pharmacien;
- c) l'ordonnance ou fac-similé soit versé à son registre.

Un seul motif par ordonnance est payable.

Au cours de la période visée, environ 360 refus ont été facturés. Le refus portant le numéro 53394, facturé au motif que l'ordonnance est trop vieille alors qu'elle est encore valide, est non payable.

Par ailleurs, la simple vérification du dosage d'un médicament prescrit (posologie ou teneur) auprès du prescripteur sans modification de sa part, ne constitue pas un refus d'exécuter ou de renouveler une ordonnance.

RÈGLES 10 À 15

OPINIONS PHARMACEUTIQUES

L'opinion pharmaceutique est un avis motivé d'un pharmacien, dressé sous son autorité, portant sur l'histoire pharmacothérapeutique de la personne assurée ou sur la valeur thérapeutique d'un ou d'un ensemble de traitements prescrits par ordonnance, donné par écrit au prescripteur. Le pharmacien est tenu d'en remettre une copie à la personne

assurée si celle-ci en fait la demande. Dans tous les cas, une copie de l'opinion pharmaceutique doit être versée et conservée au dossier de la personne assurée.

Pour être payable, l'opinion doit porter sur des médicaments dont au moins un est prescrit et assuré dans le cadre du programme et comporter une recommandation qui soit propre à la personne assurée concerné.

De plus, la recommandation doit viser à modifier ou à interrompre le traitement prescrit. Une copie de celle-ci peut être donnée à la personne assurée si le pharmacien le juge à propos.

Environ 120 opinions ont été facturées au cours de la période observée. Parmi les opinions analysées, cinq se sont avérées non conformes.

Entre autres, l'opinion portant le numéro 65156, suggérant l'ajout d'un aérochambre, est non payable puisqu'elle ne porte pas sur un médicament mais plutôt sur une fourniture. Par conséquent, cette opinion sera récupérée.

RÈGLE 12

TRANSMISSION D'UN PROFIL

Lorsque le pharmacien, à la demande d'un professionnel de la santé d'un service d'urgence, constitue et transmet le profil pharmacologique d'une personne assurée, il reçoit, à titre de compensation, le tarif prévu au point 6 de l'annexe III.

Un communiqué émis par la Régie le 10 décembre 2008 mentionnait aux pharmaciens les informations à inscrire lors de la facturation d'un service visant la transmission de profils pharmacologiques.

Pour faire suite à des discussions entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, il a été convenu que dorénavant, lors de la facturation d'un service visant la transmission d'un profil, les

renseignements suivants devront être inscrits sous le numéro d'ordonnance utilisé pour effectuer ladite facturation et versés au registre :

- La date de la transmission du profil;
- Le nom du demandeur et sa fonction;
- Le lieu où le profil a été transmis;
- Les raisons qui motivent cette transmission si connues;
- Le profil lui-même, c'est-à-dire la liste des médicaments transmise au demandeur.

Quelques ordonnances de transmission de profil ont été examinées. Nous vous rappelons que le lieu où le profil a été transmis est une information qui devrait apparaître sur les éléments versés au registre au regard de cette facturation.

Les ordonnances 72959 et 73102 concernent le même profil facturé deux fois le même jour. L'honoraire de la deuxième facturation sera récupéré.

RÈGLE 19

Le coût des médicaments payable par la Régie en vertu d'un ordonnance est celui correspondant à la quantité des médicaments prescrits sur l'ordonnance ou, à défaut d'une telle quantité, à celle requise pour la durée de traitement prescrite sur l'ordonnance.

Lorsque la quantité prescrite excède celle requise pour une durée de trente (30) jours, la quantité dispensée peut être égale à celle requise pour un traitement de trente (30) jours. Le pharmacien peut aussi, selon son jugement professionnel et sur la base de son évaluation des besoins de son patient, fournir une quantité pour une durée excédant trente (30) jours.

Cependant, la quantité servie peut correspondre à moins de trente (30) jours dans les circonstances suivantes :

- a) lors du dernier renouvellement d'une ordonnance lorsque cette quantité correspond à celle requise pour compléter le traitement;
- b) le seul format d'emballage disponible commercialement correspond à une durée de traitement de vingt-huit (28) jours. Dans ce cas, la quantité de médicament dispensée doit correspondre à celle requise pour une durée de traitement de vingt-huit (28) jours;
- c) la quantité de médicament prescrite correspond à une durée de traitement qui dépasse la durée de conservation du médicament;
- d) la continuation du traitement dépend des exigences thérapeutiques reliées au médicament;
- e) lorsque la personne assurée ou une personne qui cohabite avec elle présente un danger suicidaire documenté au dossier du patient et que le pharmacien juge qu'une telle quantité de médicaments serait dangereuse pour la santé ou la vie de la personne assurée ou de celle qui cohabite avec elle.
- f) le patient reçoit ses médicaments sous la forme d'un pilulier.

Les quantités facturées et servies doivent toujours correspondre à celles inscrites sur l'ordonnance ou à la durée inscrite par le prescripteur. Lorsqu'aucune quantité n'est précisée, il est présumé que la quantité à fournir est une quantité pour une durée de traitement d'un mois. Ainsi, l'ordonnance 35682 par exemple, présente des facturations fractionnées. Certains services feront l'objet d'un ajustement des frais de service afin de les rendre conformes à l'ordonnance dans le respect de la règle 19.

RÈGLE 24

Lorsque le pharmacien exécute ou renouvelle une ordonnance de médicament reliée à une maladie chronique ou de longue durée et fournit des médicaments pour une durée de traitement inférieure à vingt-huit (28) jours et sous la forme d'un pilulier, la

rémunération est celle prévue au point 11 de l'annexe III.

La justification de l'utilisation du pilulier doit être documentée au dossier-patient et copie doit être transmise sur demande à la Régie. De plus, les raisons à l'appui de l'utilisation du pilulier doivent obligatoirement faire état des rencontres avec la personne assurée ou la personne aidante. En outre, la décision au regard de la personne assurée doit être évaluée au moins une (1) fois l'an et être motivée en fonction des critères suivants :

- 1- L'incapacité de la personne assurée à gérer la prise de sa médication en raison :
 - de problèmes cognitifs;
 - de handicaps physiques ou sensoriels;
 - de la complexité du régime posologique;
 - du niveau de danger en regard de la situation clinique.
- 2- Le fait que la personne assurée puisse utiliser le pilulier elle-même et sans assistance.

Toutefois, pour le maintien à domicile, l'utilisation du pilulier est justifiée même si la personne assurée ne peut utiliser lui-même le pilulier à cause de sa condition, pourvu que la personne aidante avec qui la personne assurée cohabite réponde aux conditions énoncées ci-dessus.

À chaque service du pilulier pour une période de 7 jours, 25% du tarif prévu au point 11 de l'annexe III est payable.

En 2010, 168 personnes assurées différentes ont vu leurs médicaments servis en pilulier à votre pharmacie.

Les justifications demandées nous ont été remises et elles répondent aux exigences précisées dans l'entente. Nous vous rappelons simplement que la décision de servir la médication en pilulier, au regard de la personne assurée, doit être évaluée au moins une fois l'an. De plus, lorsqu'une ressource professionnelle est présente dans une résidence, la personne assurée doit gérer

elle-même son pilulier pour répondre aux conditions exigées permettant la facturation sous le code de service « P ».

Par ailleurs, tel que mentionné lors de la visite, chez quelques personnes assurées servies en pilulier, certains services ont été facturés par erreur avec un frais de service régulier au lieu du tarif applicable au service pilulier. Ces services seront corrigés afin qu'ils soient conformes au point 11 de l'annexe III, comme les ordonnances 58653 à 58659 facturées plein tarif pour la période du 9 décembre 2008 au 9 janvier 2009.

RÈGLE 25

TARIF APPLICABLE

Pour un problème de santé ou une condition médicale nécessitant un traitement de formes pharmaceutiques orales solides de 90 jours ou plus (1), la rémunération est celle prévue au point 1A de l'annexe III lorsque l'ordonnance est servie de façon périodique et consécutive et que la personne assurée ne répond pas aux critères énoncés à la règle 24.

La rémunération de chaque service découlant de l'application du tarif 1A de l'annexe III est égale, conformément à la règle 19, au nombre de jours correspondant à la quantité de médicaments délivrés, sous réserve d'une rémunération maximale équivalant à 90 jours de traitement. Cependant, pour les cas prévus aux sous-paragraphes a) à e) de la règle 19, la rémunération est celle prévue au point 1B de l'annexe III.

Pour les autres traitements la rémunération est celle prévue au point 1B de l'annexe III.

Toutefois, lorsque le pharmacien exécute ou renouvelle une ordonnance sous la forme d'un pilulier, la rémunération suivante s'applique :

1- la rémunération est celle prévue au point 11 de l'annexe III lorsque l'ordonnance est servie sous la forme d'un pilulier pour une personne assurée qui répond aux critères énoncés à la règle 24 ;

2- la rémunération hebdomadaire est égale à 25 % du tarif prévu au point 1B de l'annexe III lorsque l'ordonnance est servie sous la forme d'un pilulier pour une personne assurée qui ne répond pas aux critères énoncés à la règle 24. Dans ce cas, le pharmacien peut également obtenir de la personne assurée, à titre de frais accessoires, compensation pour le coût de la mise sous pilulier.

(1) Excluant les médicaments de l'annexe G des règlements de la Loi sur les aliments et drogues (contrôlés) lors d'un ajustement de doses, ainsi que les médicaments assujettis au Règlement sur les stupéfiants (narcotiques).

Service chronique de moins de sept (7) jours

Lorsque le pharmacien exécute ou renouvelle une ordonnance pour un problème de santé ou une condition médicale visé au premier alinéa de cette règle et qu'il fournit, conformément à la quantité inscrite sur l'ordonnance, des médicaments pour une durée de traitement de moins de sept (7) jours, la rémunération prévue au point 1B de l'annexe III s'applique à l'ensemble de la médication de la personne assurée, dans les cas suivants :

- dans un cas de surconsommation avérée de narcotiques, anxiolytiques, sédatifs, hypnotiques, psychotropes ou barbituriques de la part d'une personne assurée ;
- de VIH
- de tuberculose
- de traitement à la méthadone

La justification du service doit être documentée au dossier de la personne assurée et copie doit être transmise sur demande à la Régie.

Quelques ordonnances ont été demandées dans le but de vérifier l'application de cette règle. Par exemple, les ordonnances 72268 et 72269 feront l'objet d'ajustements puisqu'elles ont été facturées avec un code de service « O » alors

qu'elles ont été servies à la semaine en vial et qu'il s'agit de médicaments destinés à un problème de santé ou une condition médicale nécessitant un traitement de 90 jours ou plus. Ainsi, le code de service sera modifié pour « N » et les frais de service facturés seront ajustés en conséquence.

AUTRES

Mises en seringue d'insuline

Quelques facturations de mises en seringue d'insuline ont été analysées. Entre autres, l'ordonnance 83355, comportant l'insuline Novolin ge 50/50 Penfill, présente un coût de médicament trop élevé au regard de la posologie indiquée par le prescripteur. La quantité facturée aurait dû correspondre à la fraction de la cartouche utilisée. Des ajustements seront donc apportés aux ordonnances présentant cette même problématique.

De plus, pour les ordonnances 127940 et 127941, la facturation ne respecte pas les principes énoncés dans la section « Communication interactive » du manuel des pharmaciens à la page 27. En effet, ces deux ordonnances représentent un même mélange d'insuline malgré des doses différentes le matin et le soir. Une seule facturation aurait donc dû être transmise. Par conséquent, les montants seront ajustés en vertu des coûts et tarifs en vigueur au moment de la facturation.

Utilisation de la mention ne pas substituer

L'utilisation de la mention « ne pas substituer » pour servir un médicament dont le prix est supérieur au P.P.B. et obtenir un remboursement correspondant au prix réel, exige que le médecin inscrive de sa main la mention « ne pas substituer ».

Les ordonnances observées se sont avérées conformes.

Erreurs de quantité

Alors que le médicament ratio-Risperidone était servi en pilulier hebdomadaire, les ordonnances 49900 et 82586 ont été facturées, pour certains services, à une quantité de 56 comprimés par semaine. Lors de la visite, vous nous avez confirmé que quatorze comprimés ont bien été servis hebdomadairement à la personne assurée concernée. La quantité facturée sera donc ramenée à quatorze par semaine.

Codification

Certaines ordonnances ont été demandées dans le but de vérifier la procédure permettant la facturation de médicaments d'exception à l'aide d'une codification. Les codes appropriés sont déterminés par le prescripteur selon les indications reconnues pour chacun des médicaments concernés. Pour toute ordonnance, le code correspondant à la situation de la personne assurée doit accompagner le nom du médicament codifié prescrit. L'autorisation de paiement est alors valide que pour la durée de l'ordonnance.

Parmi les ordonnances observées au regard de cet élément de facturation, certaines ne présentent aucun code d'intention thérapeutique, comme l'ordonnance 73985. Ces ordonnances seront donc récupérées.

CONCLUSION

Tel que convenu, après lecture de ce document, vous pourrez communiquer avec moi pour en discuter au numéro suivant : (418) 682-5141, poste 4822.

Enfin, au cours des prochaines semaines, nous procéderons à l'analyse détaillée de l'ensemble de la facturation. Nous serons alors en mesure d'établir les ajustements à y apporter et les montants qui seront récupérés, le cas échéant. Les résultats vous seront alors transmis.

Par ailleurs, n'hésitez pas à vous adresser au centre de support aux pharmaciens pour toute question relative à l'application de l'entente ou aux instructions de facturation.

Nous profitons de l'occasion pour vous remercier de votre très bonne collaboration.

Préparé par :

Marielle Chabot

Marielle Chabot
pharmacienne
11 mai 2011

Vérifié par :

Hélène Roy

Hélène Roy, md
chef du Service de l'analyse
de la facturation
11 mai 2011

**LISTE DES NAM POUR LESQUELS DES JUSTIFICATIONS SUPPLÉMENTAIRES
SONT REQUISES**

1-		
2-		
3-		✓
4-		✓
5-		
6-		
7-		
8-		✓
9-		
10-		✓
11-		
12-		✓
13-		✓
14-		✓
15-		
16-		✓
17-		
18-		
19-		✓
20-		✓

Québec, le 17 juillet 2015

CONFIDENTIEL

Aux pharmaciennes ou pharmaciens propriétaires
Pharmacie 



Numéro de pharmacie : 

Objet : Demande de renseignements

Mesdames,
Messieurs,

Dans le cadre de ses activités de contrôle de la rémunération versée aux professionnels de la santé, la Régie de l'assurance maladie du Québec procède systématiquement à des vérifications a posteriori des différentes demandes de paiement qui lui sont soumises pour les personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments.

Votre dossier fait actuellement l'objet d'une vérification et certaines données soulèvent des interrogations. Afin de pouvoir compléter notre analyse, nous vous demandons de remplir le formulaire ci-joint, en suivant les instructions y figurant.

Veuillez ensuite l'envoyer par télécopieur au 418 266-6512 à madame Manon Dubé, pharmacienne, dans les 30 jours à partir de la date de la présente lettre, comme le prévoit l'article 6.03 de l'Entente.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos meilleurs sentiments.



Éliane Roy-Derafche
Service des affaires pharmaceutiques

MD/erd

p. j.

Pour nous joindre

Par la poste
Régie de l'assurance maladie du Québec
VPRP – Service des affaires pharmaceutiques
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Site Internet
www.ramq.gouv.qc.ca

BORDEREAU DE TÉLÉCOPIÉ

Date 23 juillet 2016		Nombre total de pages	
Destinataire			
Nom		Organisme	
Adresse			
Téléphone		Télécopieur	
Expéditeur			
Nom		Unité administrative	
Maude Bordenau - Régie de l'assurance maladie du Québec (Service des affaires pharmaceutiques)			
Adresse			
Courriel	Téléphone	Télécopieur 418 266-6512	

Message

Merci de ne pas tenir compte de la Demande de Renseignement transmise le 17/07/2015. Veuillez nous faire parvenir une facture du pharmacien préparateur par ordonnances, le cas échéant ».

AVERTISSEMENT RELATIF À LA CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS

conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1).

Ce document est à l'usage exclusif du destinataire et contient des renseignements privilégiés et confidentiels, qui ne peuvent servir qu'aux fins convenues entre les personnes ou entités ci-dessus.

Si vous lisez cet avertissement et que vous n'êtes pas le véritable destinataire du document, vous êtes, par la présente, prié de noter qu'il est strictement interdit de le divulguer, de le distribuer ou de le copier.

Nom - No Pharmacie

Période :

Nom pharmacienne RAMC

Date de la demande

2012-10-01 au 2015-07-05

23 juillet 2015

Instructions :

- 1) Pour chaque ligne du tableau, indiquer la posologie et ajouter des commentaires au besoin
- 2) Répondre à la question au bas de la page
- 3) Nous transmettre le formulaire complété et les factures demandées, s'il y a lieu, dans les 30 jours suivant cette demande par télécopieur (418 266-8512) ou par la poste (adresse dans le bas de la page)

Services facturés Fragmin et/ou Lovenox et/ou Innohep

NAM	Ordonnance	Médicament	Date de Début	Date de fin	Posologie	Commentaires
	502603	Innohep	2014-04-15	2014-04-15	10675 un. die x 7 jours	
	491429	Innohep	2014-01-10	2014-01-28	11900 un. die ad INR ok	
	493313	Innohep	2014-02-06	2014-02-10	" " "	
	446262	Innohep	2012-10-25	2012-10-25	11000 un. x 3 jours 500 un. le 4 ^e jour	
	447445	Innohep	2012-11-02	2012-11-02	11000 un. du 2 ^e au 7 ^e puis 500 un. le 8 ^e jour	
	446263	Innohep	2012-11-09	2012-11-12	11000 un. die ad INR ok	
	430474	Innohep	2012-10-02	2012-12-04	16800 un. die	
	451034	Innohep	2012-12-11	2013-01-08	" "	
	475007	Innohep	2013-07-26	2013-07-29	11000 un. die ad INR ok	
	475377	Innohep	2013-07-31	2013-07-31	" "	
	496967	Innohep	2014-02-26	2014-03-25	2500 un. die	2500 un. die ad INR ok
	455408	Innohep	2013-01-25	2013-01-25	19500 un. x 2 jours 9750 un. le 3 ^e jour	
	486466	Innohep	2013-11-20	2013-11-20	10500 un. jour 1 et 500 un. jour 2	
	473495	Innohep	2013-07-10	2013-07-18	12000 un. die ad INR ok	
	473437	Innohep	2013-07-21	2013-07-21	9500 un. die ad INR ok	
	473487	Innohep	2013-08-05	2013-08-05	" " "	
	473497	Innohep	2013-08-18	2013-08-18	" " "	
	445282	Innohep	2012-11-03	2012-11-03	11000 un. x 4 jrs pré-op et reprendre 3 jrs post-op 20500 un. x 2 jours et 10250 le 3 ^e jour	

Régie de l'assurance maladie du Québec
VPRP – Service des affaires pharmaceutiques
Case postale 6600 Québec (Québec) G1K 7T3

1 de 2

Régie de
l'assurance maladie
Québec

19		478945	Innohep	2013-09-06	2013-09-06	10000 un. le 19 sept	x 1 jour
20		478944	Innohep	2013-09-06	2013-09-06	20000 un. le 17-18	sept
21		480442	Innohep	2013-09-20	2013-09-20	20000 un x 3 jours	
22		483783	Innohep	2013-10-23	2013-10-23	11400 un x 7 jours	
23		541885	Lovenox	2015-04-30	2015-05-05	150mg die ad INR	ok
24		542443	Lovenox	2015-05-06	2015-05-08	" " "	"
25		515766	Innohep	2014-08-27	2014-09-12	11900 un. ad INR	ok
26		517806	Lovenox	2014-09-18	2015-05-06	70mg die	
27		523121	Innohep	2014-11-10	2014-11-10	11000 un die ad INR	ok
28		526478	Innohep	2014-12-09	2014-12-24	" " "	
29		539472	Innohep	2015-04-09	2015-05-07	8000 un. die	
30		523342	Innohep	2014-11-10	2014-11-26	12000 un. die	
31		514130	Innohep	2014-08-12	2014-08-12	6000 un die ad INR	CS 2014

Faites-vous la préparation de produits stériles sous hotte à votre pharmacie?

☒ Oui

☐ Non

Si vous avez répondu non, veuillez nous faire parvenir une facture du pharmacien préparateur par ordonnances mentionnées dans le tableau ci-haut.

Nom de la personne ayant complété le formulaire:

Date: 2015-08-05

Québec, le 8 février 2016

RECOMMANDÉ ET CONFIDENTIEL

Aux pharmaciennes ou pharmaciens propriétaires



Numéro de pharmacie : [REDACTED]

Objet : Ajustements des demandes de paiement

Mesdames,
Messieurs,

La Régie de l'assurance maladie du Québec procède systématiquement à des vérifications a posteriori des différentes demandes de paiement qui lui sont soumises pour les personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments.

Nous vous remercions pour les renseignements que vous nous avez fait parvenir à la suite de notre demande de renseignements du 15 juillet 2015. Grâce à ces informations, nous avons pu compléter l'analyse de votre facturation et ainsi trouver les réponses à nos interrogations.

Nous avons constaté que des services contiennent des erreurs ou ne respectent pas certaines règles de l'Entente entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires. Ces services seront ajustés et un montant de 17 855,49 \$ sera récupéré par la Régie, selon l'article 6.07 de l'Entente. Vous trouverez ci-joint un tableau récapitulatif des ajustements.

Il se peut que vous considériez comme légitime la facturation visée par ces ajustements. Si tel est le cas, vous pouvez nous faire connaître le motif justifiant ces prestations de services en communiquant avec madame Marielle Chabot, pharmacienne, au 418 682-5103 (poste 4822), dans les 30 jours à partir de la date d'expédition de la présente lettre.

En l'absence de réponse à l'expiration du délai, la Régie conclura que vous êtes d'accord avec cette analyse, faite à la lumière des seules informations détenues alors, et les demandes de paiement ajustées et identifiées par le code de transaction 90-99 apparaîtront sur un prochain état de compte.

... verso

Pour nous joindre

Par la poste
Régie de l'assurance maladie du Québec
VPRP – Direction de l'actuariat, de l'analyse des
Programmes, et du contrôle en assurance médicaments
Case postale 6600
Québec (Québec) G1K 7T3

Site Internet
www.ramq.gouv.qc.ca

PHARMACIE : [REDACTED]

RÉCAPITULATIF DES AJUSTEMENTS

Numéro Pharmacie	N° dossier	Sous- dossier	Type d'erreur ou modification apportée	Total services	Total récupération
[REDACTED]	[REDACTED]	1 à 31	Règle 27	307	17 855,49 \$
			Sous-total	307	17 855,49 \$
			TOTAL RÉCUPÉRATION	307	17 855,49 \$

Vous continuerez à être soumis aux mécanismes d'évaluation et de contrôle habituels. En effet, comme l'analyse ne touchait qu'une partie de vos activités, vous ne devez pas interpréter cette lettre comme une approbation de votre facturation dans son ensemble.

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de nos meilleurs sentiments.

La directrice de l'actuariat, de l'analyse des programmes, et du contrôle en assurance médicaments,



Estelle Portelance

EP/np

P. j.