



ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES

**À la recherche de stratégies négociées, porteuses et durables
pour le Régime général d'assurance médicaments**

Mémoire

Présenté à la Commission des finances publiques

**Dans le cadre des consultations sur le
Projet de loi n° 28**

*Loi concernant principalement la mise en œuvre de
certaines dispositions du discours sur le budget du
4 juin 2014 et visant le retour à l'équilibre
budgétaire en 2015-2016.*

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE EXÉCUTIF	4
1. INTRODUCTION	9
2. LE PHARMACIEN PROPRIÉTAIRE : UN ENTREPRENEUR ET UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ	9
2.1 Un professionnel de la santé	9
2.2 Un entrepreneur	10
3. LE RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS : LE PROGRAMME DE SANTÉ QUI EST LE MIEUX CONTRÔLÉ	10
4. LE PROJET DE LOI N^O 28 ET LE PHARMACIEN PROPRIÉTAIRE	11
4.1 Loi sur l'assurance maladie – Désassurance d'un service – Article 166	11
4.2 Loi sur l'assurance médicaments	12
4.2.1 Élargissement de la notion de services assurés et contribution de l'assuré – Articles 167, 169 à 171 et 174	12
4.2.2 Interdiction faite au pharmacien de facturer certains services dans le secteur privé – Article 168	13
4.2.3 Ententes d'inscription avec les fabricants – Articles 172 et 173	14
4.3 Dispositions diverses et transitoires particulières	15
4.3.1 L'octroi de pouvoirs abusifs au ministre de la Santé et des Services sociaux – Article 180	15
4.3.2 Les services assurés – Article 180	16
4.3.2.1 Les nouveaux services	17
4.3.2.2 Des services aux enjeux importants	17
4.3.2.2.1 Services chroniques de moins de 7 jours	18
4.3.2.2.2 Médicaments à volumes élevés de renouvellement d'ordonnances	18
4.3.2.2.3 Le pilulier	19
4.3.3 L'absence de publication – Articles 180 et 184	22
CONCLUSION	23
ANNEXE 1 – LE PHARMACIEN, UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ À PART ENTÈRE	25
ANNEXE 2 – LA PHARMACIE : UNE PME DE LA SANTÉ	26
ANNEXE 3 – L'ASSURANCE MÉDICAMENTS EN PERSPECTIVE	27

ANNEXE 4 – RAPPEL : RECOMMANDATIONS DE L’AQPP QUANT À LA COUVERTURE DES SERVICES NOUVELLEMENT AUTORISÉS AUX PHARMACIENS	31
ANNEXE 5 – LETTRES D’ENTENTE RELATIVES AUX HONORAIRES DU PILULIER.....	33
ANNEXE 6 – EXTRAIT DU TÉMOIGNAGE DU SOUS-MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX RENDU LORS DE SON AUDITION DEVANT LA COMMISSION DE L’ADMINISTRATION PUBLIQUE LE MERCREDI 16 NOVEMBRE 2005 – VOL. 38 NO. 29.....	39
ANNEXE 7 - COÛT DES SERVICES DE PILULIER EN % DU COÛT TOTAL DES SERVICES ENTRE 2000 ET 2014	40

SOMMAIRE EXÉCUTIF

L'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) est constituée en vertu de la *Loi sur les syndicats professionnels* et a pour mission l'étude, la défense et le développement des intérêts économiques, sociaux et professionnels de ses membres. Elle existe depuis 1970. Au 31 décembre 2014, elle représente la totalité des pharmaciens propriétaires du Québec : 2 007 pharmaciens propriétaires de 1 854 pharmacies.

Comme tous les citoyens, le pharmacien propriétaire est interpellé par l'ensemble du Projet de loi n° 28. Mais en tant que représentante des pharmaciens propriétaires, l'AQPP fait porter ses commentaires sur le chapitre VII de ce projet intitulé **Mesures relatives à la santé**, soit les articles 166 à 185, lesquels ont un impact direct sur l'exercice de la pharmacie communautaire.

Le Projet de loi n° 28 contient plusieurs modifications que l'AQPP appuie, en particulier les suivantes :

► **Les articles 166 et 175, qui traitent de la déassurance d'un service.**

- L'AQPP a toujours reconnu que le gouvernement a l'entière discrétion de déterminer la liste des produits et services qu'il assure et celle des produits et services qu'il n'assure pas. En ce sens, l'article 166 qui ajoute l'article 19.2 à la *Loi sur l'assurance maladie*, crée une disposition qui va presque de soi. L'AQPP appuie cet ajout.
- Toutefois, lorsqu'un service cesse d'être assuré, il ne perd pas pour autant sa valeur thérapeutique, ni ne cesse pour autant d'être fourni.
- Pour éviter toute ambiguïté, ce nouvel article devrait exiger que, dès lors qu'un service n'est plus assuré, un professionnel de la santé a le loisir de transiger librement avec son patient, en conformité avec les exigences professionnelles et déontologiques de son ordre professionnel. À cet effet, l'AQPP estime que le neuvième alinéa de l'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie* devrait être modifié par l'ajout à la fin, de la phrase suivante : « **Dès lors qu'un service fourni par un professionnel cesse d'être un service assuré conformément à l'article 19.2, le professionnel peut exiger ou recevoir paiement de toute personne pour ce service.** »
- L'AQPP accueille favorablement l'ajout du paragraphe e.2) de l'article 69, qui permet au gouvernement de déterminer parmi les services pharmaceutiques qui doivent être considérés comme des services assurés, ceux qui pourraient se rattacher à un médicament qui ne figure pas à la liste.

► **Les articles 167, 169 à 171 et 174 qui permettent l'élargissement de la couverture du régime général d'assurance médicaments à d'autres services que l'exécution et le renouvellement d'ordonnances.**

- S'agissant des nouveaux services qui seront autorisés en vertu du Projet de loi n° 41, l'AQPP est d'avis qu'en exigeant une contribution financière de la part des assurés pour des services, dont l'équivalent demeure disponible auprès des médecins et couvert, sans contribution des usagers, par le biais de l'assurance maladie, le gouvernement va à

l'encontre même des objectifs du Projet de loi n° 41, dont l'amélioration à l'accessibilité de la population québécoise à des soins de première ligne accrus et efficaces.

- Ainsi, l'AQPP insiste à l'effet que la couverture de ces services soit prise en charge par le régime de l'assurance maladie et non par le régime de l'assurance médicaments. Nous croyons que demander une contribution financière des usagers pour ces services constitue un frein majeur à l'utilisation desdits services, plus particulièrement par les populations vulnérables.

En revanche, l'AQPP juge inacceptables certaines dispositions du Projet de loi n° 28, en particulier :

1. L'ARTICLE 168 QUI VIENT INTERDIRE AU PHARMACIEN DE FACTURER CERTAINS SERVICES DANS LE SECTEUR PRIVÉ.

L'intention du gouvernement de dicter unilatéralement les relations commerciales relatives aux services dispensés aux assurés du secteur privé, démontre une méconnaissance et une incompréhension du marché de la pharmacie communautaire et de son fonctionnement. Il appartient à chaque pharmacien de déterminer seul ses pratiques commerciales dans un libre marché concurrentiel. C'est ainsi que le pharmacien peut innover afin d'offrir des services adaptés aux patients québécois.

En ce sens, l'AQPP demande le retrait de l'article 168.

- L'AQPP constate que cet article concerne une relation entre un pharmacien et sa clientèle assurée par le secteur privé. Il n'a donc aucune incidence budgétaire sur le régime général d'assurance médicaments et les finances publiques, et son apparition dans un texte de loi présenté à des fins d'équilibre budgétaire, est pour le moins étonnante et contestable. Une telle prohibition n'est nullement nécessaire ni même utile pour atteindre les objectifs budgétaires du gouvernement.
- Cet article porte atteinte au droit des pharmaciens propriétaires de recevoir une juste rémunération en retour des services offerts et demandés. Il mine à la fois la capacité des pharmaciens de rentabiliser des services à forte valeur ajoutée, et la transparence dans la tarification de ces mêmes services. En outre, cette interdiction constitue une immixtion dans des transactions de nature privée et légitimes entre deux parties.

En ce sens, l'AQPP est d'avis que cet article porte atteinte au droit à la rémunération de ses membres et à la profitabilité de leurs entreprises.

2. LES ARTICLES 180 À 184 VIENNENT DONNER AU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX LE POUVOIR DE DÉTERMINER UNILATÉRALEMENT LES CONDITIONS ET LES MODALITÉS DE RÉMUNÉRATION DES SERVICES ASSURÉS, DISPENSÉS PAR LES PHARMACIENS, LORSQU'IL SERA D'AVIS QU'IL NE PEUT CONVENIR D'UNE ENTENTE AVEC L'AQPP.

Par ces articles et l'article 168, cités précédemment, le gouvernement procède à une forme d'étatisation de la pharmacie privée, sans compensation.

Par ces articles, le ministre vient se donner le pouvoir de déterminer de façon unilatérale la tarification de certains services pharmaceutiques, sans tenir compte des véritables enjeux.

Considérant les demandes irréalistes du gouvernement d'une diminution des honoraires des pharmaciens de l'ordre de 177 M \$, demandes faites dans le cadre des négociations courantes avec l'AQPP et qui représentent une perte nette moyenne de 100 K \$ par pharmacie, les articles 180 à 184 constituent à la fois un déni du droit à la libre négociation, ainsi qu'un déni du processus démocratique. L'ampleur des pertes pour chaque pharmacie sera très variable et tributaire du type de clientèle qu'elle dessert. Plus la clientèle de la pharmacie est âgée ou vulnérable, donc couverte par le régime général d'assurance médicaments, plus la perte sera importante pour la pharmacie. Cette perte pouvant allée jusqu'à 50 % de ses bénéfices nets dans certains cas. Demandes qui amèneront, si elles sont appliquées telles quelles des répercussions certaines sur l'accessibilité aux services pharmaceutiques : diminution des heures d'ouverture, pertes d'emplois, accessibilité diminuée aux pharmaciens, etc. Toutes ces mesures touchant principalement des clientèles vulnérables. Il s'agit d'une sanction législative du refus du gouvernement de négocier. En plus de doter le ministre de vastes pouvoirs discrétionnaires, ils exemptent le gouvernement de l'obligation de publication et du délai d'entrée en vigueur pour chaque premier règlement pris en vertu des articles à cet effet. Ces exemptions s'apparentent à un refus d'entendre et prive les parties de leur droit de pouvoir commenter et de prendre part au débat.

Rien ne justifie de conférer au ministre de tels pouvoirs :

- les services sont accessibles;
- les coûts du régime général d'assurance médicaments sont sous contrôle et ont même diminué en 2013;
- l'AQPP a toujours accepté de négocier et elle a même initié l'actuel processus;
- la table de négociation demeure un forum efficace à condition que le gouvernement accepte d'y participer de bonne foi, ce qu'il n'a pas vraiment fait au cours des derniers mois.

L'AQPP s'oppose avec vigueur à l'adoption des articles 180 à 184. Elle propose leur abolition pure et simple. S'ils sont adoptés tels quels, ces articles auront des impacts majeurs sur les bénéficiaires du régime et sur les pharmaciens.

a. Impacts sur les nouveaux services en pharmacie

En ce qui concerne les nouveaux services en pharmacie, le gouvernement a balayé du revers de la main les propositions de l'AQPP (voir annexe 4) quant à leur couverture. L'AQPP a quand même reconnu le droit du gouvernement de déterminer la couverture qu'il désire offrir à ses assurés et a accepté à deux reprises (automne 2013 et le 5 novembre 2014) les propositions tarifaires du gouvernement pour ces nouveaux services. Aujourd'hui, en limitant la couverture de certains de ces services et en fixant à 0 \$ la valeur de certains autres, le gouvernement vient en quelque sorte mettre en doute la qualité et la valeur ajoutée de ces services et soulève un questionnement quant à la pertinence même de les offrir. En demandant aux pharmaciens d'en faire plus avec moins, le gouvernement vient mettre en péril la capacité même des pharmaciens d'offrir ces services, mais également l'accessibilité future des patients à des services de première ligne additionnels et efficaces, et ce, à l'encontre même des objectifs visés par l'ajout de ces nouveaux services.

b. Impacts sur l'accessibilité et sur le maintien à domicile

Le deuxième paragraphe de l'article 180 soulève des enjeux importants quant à l'accessibilité aux soins pharmaceutiques et le maintien à domicile de patients en perte d'autonomie :

- Les services chroniques de moins de 7 jours qui permettent d'assurer une surveillance adéquate de la thérapie médicamenteuse pour les patients qui ont besoin d'un accompagnement personnalisé quant à l'observance de leur traitement.
- Le service de pilulier qui permet de bien gérer la prise de médicaments dans le cas d'un régime posologique complexe ou pour aider un patient vulnérable, atteint d'un handicap physique ou de problèmes cognitifs. D'ailleurs, 70 % des utilisateurs des piluliers ont 65 ans et plus et parmi ce groupe, la moyenne d'âge des utilisateurs est de 80 ans pour une prise d'environ 8 médicaments en pilulier.

L'AQPP reconnaît, qu'en raison de l'évolution du système et de la transformation des besoins de la clientèle, des ajustements doivent être apportés à la rémunération de ces services.

- À titre d'exemple, en ce qui concerne le service de pilulier, au cours des négociations de l'automne 2014, l'Association a fait des propositions qui permettraient au gouvernement d'économiser 60 millions \$. Ces économies potentielles proviennent directement de la rémunération des pharmaciens. De plus, ces mesures permettraient d'agir sur les problèmes structurels et d'assurer la pérennité de ces services. Le ministère a refusé d'en discuter et le gouvernement choisi plutôt de faire des coupures aveugles d'honoraires, qui auront pour conséquences de remettre en question l'accessibilité du service pour les patients et la capacité des pharmaciens à l'offrir.

c. Changements au mode de rémunération

Par ces articles, le gouvernement veut également diminuer les tarifs versés aux pharmaciens pour le renouvellement d'ordonnances de médicaments à volumes élevés.

- Le système de rémunération des pharmaciens, qui a été établi en 1972, prévoit que les tarifs sont indépendants de la substance et du prix de celle-ci. En ce sens, le pharmacien reçoit un honoraire de moins de 9 \$ peu importe le médicament servi. L'honoraire demeure donc le même pour un médicament de 20 \$, 1000 \$, 5000 \$ ou 10 000 \$.

L'AQPP est ouverte à la révision de ce principe à condition de tenir compte de l'ensemble des molécules. Le gouvernement a toujours refusé d'en discuter, arguant la logique du système et le modèle d'affaires établis. Pourtant, en rupture avec cette même logique, la proposition actuelle du gouvernement viendrait imposer des tarifs réduits pour certaines molécules. Pour l'AQPP, il est légitime de vouloir discuter de tels ajustements, mais si certaines molécules méritent une baisse d'honoraires, d'autres méritent des honoraires plus élevés en raison de leur coût et de leur gestion complexe.

CONCLUSION

L'AQPP renouvelle son intention de participer de bonne foi à la négociation avec l'État comme elle l'a toujours fait, depuis plus 40 ans. Cependant, l'AQPP est d'avis que, quarante-trois ans après l'entrée en vigueur du premier programme public d'assurance médicaments, il est temps de revoir en profondeur un modèle de rémunération établi en 1972. Ce modèle ne s'est pas adapté aux changements importants survenus depuis, dans les programmes d'assurance médicaments et, plus généralement, dans l'industrie pharmaceutique et dans le réseau de pharmacies communautaires. Alors qu'il faudrait examiner des changements aussi profonds du régime de rémunération, le gouvernement continue de s'obstiner à rafistoler un système dépassé. Les gestes intempestifs proposés par le gouvernement confirment une nouvelle fois sa volonté d'ignorer l'évolution des quarante dernières années.

Le dernier rafistolage envisagé par le gouvernement – en fait de simples coupures tarifaires estimées par lui à 177 millions de dollars -- ne changera rien aux vraies problématiques, n'est pas adapté aux enjeux véritables et risque par conséquent de faire plus de tort que de mal. Plus probablement, ce rafistolage déstabilisera un secteur sain et dynamique. Il aura des répercussions opérationnelles, financières, fiscales et même cliniques sur le réseau de pharmacies. Il diminuera la qualité et l'accessibilité des services et, à terme, menacera l'équilibre fragile des plus vulnérables parmi les assurés de l'État.

Il est donc temps de procéder à une révision en profondeur du modèle. Le contexte actuel milite en faveur d'une telle révision. L'AQPP est un des partenaires des plus compétents au Québec pour amener et implanter des solutions efficaces et durables à une problématique structurelle et est disposée à le faire avec diligence et convie le gouvernement à un tel exercice. Mais cet exercice doit se faire dans la sérénité et le respect, sans crainte de l'exercice de pouvoirs abusifs et coercitifs du ministre. Si le gouvernement est intéressé par les vrais enjeux et les vraies solutions, il acceptera de s'asseoir avec les pharmaciens.

L'AQPP conclut donc que le Projet de loi n° 28 prévoit des dispositions qui ne sont aucunement nécessaires dans le contexte actuel et qu'elles annoncent une étatisation de la pharmacie sans la nommer et sans compensation.

1. INTRODUCTION

L'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) a le plaisir de soumettre son mémoire à la Commission des finances publiques dans le cadre des consultations sur le Projet de loi n° 28 et la remercie de lui permettre de s'exprimer quant à certains articles contenus au projet de loi.

L'AQPP est constituée en vertu de la *Loi sur les syndicats professionnels* et a pour mission l'étude, la défense et le développement des intérêts économiques, sociaux et professionnels de ses membres. Elle existe depuis 1970. Au 31 décembre 2014, elle représente la totalité des pharmaciens propriétaires du Québec : 2 007 pharmaciens propriétaires de 1 854 pharmacies.

2. LE PHARMACIEN PROPRIÉTAIRE : UN ENTREPRENEUR ET UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

- À la fin 2014, il y a plus de 8 282 pharmaciens au Québec, dont **2 007 propriétaires et environ 4 800** pharmaciens salariés dans le réseau de pharmacies communautaires.
- Âge moyen du propriétaire : 45 ans.
- 47,5 % des pharmaciens propriétaires sont des femmes.

2.1 Un professionnel de la santé

- Au Québec, un minimum de quatre années d'études universitaires est nécessaire à la pratique de la pharmacie.
- Depuis 2008, ces études mènent à l'obtention d'un doctorat en pharmacie.
- Le pharmacien joue un rôle central dans notre système de santé, car il s'assure de l'usage approprié des médicaments auprès de la population.
- Le pharmacien d'officine (ou pharmacien communautaire) est aussi le professionnel de la santé de première ligne le plus disponible : sans rendez-vous, le plus souvent sans file d'attente.
- Le rôle du pharmacien a été appelé à évoluer au fil des années et est passé d'artisan préparateur, à celui de distributeur, puis de clinicien. L'exercice de la profession est encadré par des standards toujours plus rigoureux exigés par l'Ordre des pharmaciens du Québec. Dans la foulée, les pharmaciens ont adapté, et adaptent continuellement, l'organisation de leur pratique pour mieux prendre en charge la thérapie médicamenteuse de leurs patients. Ainsi, depuis la mise en œuvre du premier programme public d'assurance médicaments en 1972, le rôle du pharmacien et l'organisation de l'officine typique ont changé significativement.

Réf. à l'annexe 1 : « Pharmacien propriétaire au Québec en 2014 : un(e) professionnel(le) de la santé et un(e) entrepreneur(e) »

2.2 Un entrepreneur

- Le pharmacien propriétaire est un entrepreneur indépendant et imputable : au Québec, il faut être pharmacien pour être propriétaire d'une pharmacie, un modèle unique en Amérique du Nord (à l'exception du Dakota du Nord).
- Le réseau de pharmacies communautaires québécois est un réseau entièrement privé, non subventionné par l'état.
- En 2013-2014, une officine de pharmacie (excluant la « partie commerciale adjacente à la pharmacie », ci-après, « la partie commerciale »), c'est :
 - Des ventes de 4,5 millions \$ (plus de 90 % en médicaments d'ordonnance, le reste en médicaments de vente libre).
 - Des actifs de 3,1 millions \$.
 - Des capitaux employés de 2,1 millions \$.
 - Une dette à long terme de 1,3 million \$.
 - Des fonds propres de 0,9 million \$.
 - En complément d'information, la partie commerciale génère en moyenne des ventes d'environ 1,0 million \$. Ainsi donc, 70 % des ventes combinées d'une pharmacie et de sa partie commerciale adjacente, proviennent des ventes de médicaments d'ordonnance, 10 % des médicaments de vente libre et 20 % des produits vendus dans la partie commerciale.

Réf. à l'annexe 1 : « Pharmacien propriétaire au Québec en 2014 : un(e) professionnel(le) de la santé et un(e) entrepreneur(e) »

3. LE RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS : LE PROGRAMME DE SANTÉ QUI EST LE MIEUX CONTRÔLÉ

- Environ 42 % des Québécois sont assurés par la RAMQ, et 58 % par un programme privé.
- En volume, la RAMQ paie pour environ 60 % de la consommation de médicaments d'ordonnances – les assureurs privés, 40 %.
- En dollars, la RAMQ paie pour environ 56 % de la consommation de médicaments d'ordonnances – les assureurs privés, 44 %.
- De tous les tiers payants, la RAMQ est déjà celle qui paie le moins cher pour ses assurés.
- Malgré l'arrivée sur le marché de médicaments de plus en plus dispendieux et d'un nombre accru de participants, le coût de l'assurance médicaments est sous contrôle. Il plafonne, et a même décru entre 2012 et 2013. Le régime produit plus pour moins cher depuis 2010, grâce à la contribution des pharmaciens propriétaires et des fabricants de génériques, contribution qui s'est chiffrée par un manque à gagner de 223 M \$ pour les pharmaciens propriétaires depuis 2010.

Réf. à l'annexe 3 : « Le régime d'assurance médicaments en perspective ».

4. LE PROJET DE LOI N° 28 ET LE PHARMACIEN PROPRIÉTAIRE

Comme tous les citoyens, le pharmacien propriétaire est interpellé par l'ensemble du Projet de loi n° 28. Mais en tant que représentante des pharmaciens propriétaires, l'AQPP fait porter ses commentaires sur le chapitre VII de ce projet intitulé *Mesures relatives à la santé* soit les articles 166 à 185, lesquels ont un impact direct sur l'exercice de la pharmacie communautaire.

4.1 *Loi sur l'assurance maladie* Désassurance d'un service Article 166

L'AQPP a toujours reconnu que le gouvernement, en tant qu'assureur, a l'entière discrétion de déterminer la liste des produits et services qu'il assure et, par conséquent, celle des produits et services qu'il n'assure pas. En ce sens, l'article 166 qui ajoute l'article 19.2 à la *Loi sur l'assurance maladie*, crée une disposition qui va presque de soi. L'AQPP appuie cet ajout.

166. La Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) est modifiée par l'insertion, après l'article 19.1, du suivant :

« 19.2. Malgré toute stipulation d'une entente visée à l'article 19, lorsqu'un service fourni par un professionnel de la santé cesse d'être un service assuré, toute somme prévue pour le financement de la rémunération de ce professionnel à l'égard d'un tel service est, à ce moment, exclue de la rémunération convenue avec l'organisme représentatif concerné. ».

L'AQPP invite toutefois le ministre à faire montre de transparence envers ses assurés et à prendre réellement en charge la gestion d'une telle décision à cet effet, notamment en assumant la communication de celle-ci aux personnes visées à l'intérieur d'un délai raisonnable. À défaut de communication efficace de la part de l'assureur public, de telles décisions imposent un fardeau administratif indu aux professionnels de la santé, dont les pharmaciens.

Toutefois, lorsqu'un service cesse d'être assuré, il ne perd pas pour autant sa valeur thérapeutique, ni ne cesse pour autant d'être fourni.

Aussi, pour éviter toute ambiguïté, ce nouvel article devrait exiger en corollaire de préciser que, dès lors qu'un service n'est plus assuré, un professionnel de la santé a le loisir de transiger librement avec son patient, en conformité avec les exigences professionnelles et déontologiques de son ordre professionnel.

À cet effet, l'AQPP estime que le neuvième alinéa de l'article 22 de la *Loi sur l'assurance maladie* devrait être modifié par l'ajout à la fin, de la phrase suivante :

« Dès lors qu'un service fourni par un professionnel cesse d'être un service assuré conformément à l'article 19.2, le professionnel peut exiger ou recevoir paiement de toute personne pour ce service. »

175. L'article 69 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) est modifié par l'insertion, après le paragraphe e.1 du premier alinéa, du suivant :

«e.2) déterminer, parmi les services que rendent les pharmaciens et qui doivent être considérés comme des services assurés aux fins des troisième et quatrième alinéas de l'article 3, ceux qui peuvent se rattacher à un médicament qui ne figure pas à la liste des médicaments dressée par le ministre en vertu de l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments (chapitre A-29.01); ».

De même, l'AQPP accueille favorablement l'ajout du paragraphe e.2) de l'article 69, qui permet au gouvernement de déterminer parmi les services pharmaceutiques qui doivent être considérés comme des services assurés, ceux qui pourraient se rattacher à un médicament qui ne figure pas à la liste. À nouveau, l'AQPP insiste à l'effet qu'une telle décision et les modalités de son application soient communiquées efficacement et en temps utile aux assurés par l'État, en sa qualité d'assureur.

4.2 Loi sur l'assurance médicaments

4.2.1 Élargissement de la notion de services assurés et contribution de l'assuré

Articles 167, 169 à 171 et 174

Ces articles permettent l'élargissement de la couverture du régime général à d'autres services qu'à l'exécution et au renouvellement d'ordonnances. Le législateur, en ce sens, introduit dans le régime la souplesse requise à cette fin.

Ces articles visent également à donner au gouvernement le pouvoir réglementaire d'exiger des contributions de ses assurés pour d'autres services que l'exécution et le renouvellement d'ordonnances. Comme dans le cas du choix des services à assurer ou à ne pas assurer, l'AQPP reconnaît au gouvernement-assureur, l'exercice d'une totale discrétion quant à la fixation du montant et de la méthode de calcul de la contribution éventuelle des assurés.

L'AQPP appuie donc les articles 167, 169 à 171 et 174.

Toutefois, s'agissant des nouveaux services qui seront autorisés en vertu du Projet de loi n° 41, l'AQPP est d'avis qu'en exigeant une contribution financière, soit une franchise et/ou une coassurance de la part des assurés pour des services, dont l'équivalent demeure disponible auprès des médecins et couvert de façon universelle, sans contribution des usagers, par le biais de l'assurance maladie, le gouvernement va à l'encontre même des objectifs du Projet de loi n° 41, dont l'amélioration à l'accessibilité de la population québécoise à des soins de première ligne accrus et efficaces.

Ainsi, l'AQPP insiste à l'effet que la couverture de ces services soit prise en charge par le régime de l'assurance maladie et non par le régime de l'assurance médicaments. Finalement, nous croyons que demander une contribution des usagers pour ces services constitue un frein majeur à l'utilisation desdits services, plus particulièrement pour les populations vulnérables.

Dans ce contexte, l'AQPP croit opportun, pour mémoire, de réitérer ses recommandations formulées au printemps 2013. Ces recommandations visent l'optimisation de l'impact du Projet de loi n° 41, à la lumière des objectifs de cette loi adoptée à l'unanimité en 2011. On trouvera un sommaire de ces recommandations à l'annexe 4.

4.2.2 Interdiction faite au pharmacien de facturer certains services dans le secteur privé - Article 168

168. Cette loi est modifiée par l'insertion, après l'article 8, du suivant :

« **8.1.** Lorsqu'un service pharmaceutique visé à l'article 8 est dispensé à une personne couverte par un contrat d'assurance collective de personnes ou un régime d'avantages sociaux, un pharmacien propriétaire ne peut réclamer de quiconque des honoraires sauf si un tarif pour ce service est prévu dans l'entente visée à l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) à laquelle sont soumis les pharmaciens. ».

L'AQPP constate d'abord que cet article concerne une relation entre un pharmacien et sa clientèle assurée par le secteur privé. Par conséquent, elle n'a aucune incidence budgétaire sur le régime général d'assurance médicaments ni sur les finances publiques et son apparition dans un texte de loi présenté ostensiblement à des fins d'équilibre budgétaire, est pour le moins étonnante et contestable. Une telle prohibition n'est nullement nécessaire ni même utile pour atteindre les objectifs budgétaires du gouvernement.

Cet article porte atteinte au droit des pharmaciens propriétaires de recevoir une juste rémunération en retour des services offerts et demandés. Il mine à la fois la capacité des pharmaciens de rentabiliser des services à forte valeur ajoutée, et la transparence dans la tarification de ces mêmes services. En outre, cette interdiction constitue une immixtion dans des transactions de nature privée et légitime entre deux parties. En ce sens, l'AQPP est d'avis que cet article porte atteinte au droit à la rémunération de ses membres et à la rentabilité de leurs entreprises. Il empêcherait même le pharmacien de charger pour un service que l'assureur privé pourrait vouloir lui-même offrir à ses assurés.

De facto, par l'article 168 le gouvernement annonce d'une part :

- Son intention de décréter l'existence de services assurés à tarif zéro par le biais d'un renvoi à l'article 8 de la *Loi sur l'assurance médicaments*, qui définit les services assurés en permettant ainsi que ces services ne soient pas nécessairement tarifés dans une entente. En fait, l'article 168 camoufle la volonté du gouvernement de ***ne pas*** assurer des services, mais d'obliger en même temps le pharmacien à les rendre sans compensation pour les coûts qu'ils entraînent et le temps qu'ils requièrent.
- D'autre part, son intention de s'immiscer dans les pratiques commerciales de la pharmacie dans le secteur privé et d'affecter les conditions de rémunération qui en découlent.

Jumelé à l'article 180, l'article 168 accorde au gouvernement le pouvoir formel d'obliger le pharmacien à rendre gratuitement la quasi-totalité des services assurés, autant pour les assurés du secteur privé que pour ceux du secteur public. En plus d'être la source d'iniquités, ce faisant, il nie la qualité et la valeur ajoutée des services offerts et met en doute la pertinence même de les offrir. Nous comprenons mal l'objectif du gouvernement et nous nous questionnons sur ses intentions présentes et futures.

En ce qui a trait à la volonté du gouvernement d'assurer certains services à tarif zéro, l'AQPP est d'avis que le pouvoir de négociation du gouvernement est déjà plus que suffisant pour y arriver

lorsque cela se justifie. D'ailleurs, il existe des précédents négociés de longue date, notamment le service de livraison des médicaments, dont les coûts sont inclus au tarif de l'exécution d'une ordonnance. Par conséquent, l'AQPP est d'avis que l'article 168 est inutile pour arriver à des solutions négociées et acceptables pour les deux parties.

Quant au pouvoir du gouvernement de dicter unilatéralement les conditions commerciales rattachées aux services dispensés aux assurés du secteur privé, l'AQPP estime qu'il traduit une méconnaissance et une incompréhension du marché de la pharmacie au détail et de son fonctionnement. Ce marché se caractérise par :

- Une forte concurrence entre les pharmacies et les groupements de pharmacies.
- Une constante pression des assureurs privés sur leurs assurés à « magasiner » leur pharmacien.

Dans ce contexte, il appartient donc à chaque pharmacien de déterminer seul ses pratiques commerciales, tout en respectant des obligations déontologiques, et ce, dans un libre marché concurrentiel. De telles pratiques tiennent compte de ses coûts propres, du profil de sa clientèle et de la pression concurrentielle. Cette liberté lui permet d'innover en matière de services et de s'adapter en fonction des réalités diverses qui se retrouvent au Québec.

Bref, l'AQPP est d'avis que l'article 168 est :

- sans lien avec l'objectif du Projet de loi n° 28 quant au redressement des finances de l'État;
- inutile quant aux buts poursuivis par le MSSS;
- nuisible quant à la disponibilité des services en pharmacie, et;
- contraire à la liberté d'entreprise.

L'AQPP recommande donc son retrait pur et simple du Projet de loi n° 28.

4.2.3 Ententes d'inscription avec les fabricants

Articles 172 et 173

Ces articles visent à permettre au gouvernement du Québec de négocier des ententes secrètes avec les compagnies pharmaceutiques, de façon à permettre au Québec d'adhérer à l'Alliance pancanadienne pharmaceutique, qui négocie de telles ententes au nom des provinces et territoires membres.

L'AQPP comprend la volonté du gouvernement de chercher à négocier les meilleures conditions financières pour les médicaments inscrits à la Liste, particulièrement pour les nouvelles molécules, souvent très coûteuses. Elle applaudit également l'action des provinces qui, à cette fin, cherchent à mieux coordonner leurs efforts et à partager l'information.

L'AQPP se joint à d'autres voix qui ont réclamé plus de transparence dans le processus et dans les ententes qui en résultent – notamment celle de consultants qui ont fait des recommandations à cet effet à l'Alliance, en mars 2014¹. Les ententes avec les compagnies de médicaments d'origine procurent des bénéfices aux régimes publics d'assurance médicaments, mais aucun aux régimes privés. Il est même permis de croire qu'au fil du temps, les compagnies de médicaments d'origine vont chercher à accroître le prix approuvé par le Conseil d'examen du

¹ *Pan Canadian Drugs Negotiations Report*, March 22, 2014.

prix des médicaments brevetés, l'organisme fédéral chargé de veiller à ce que le prix des médicaments brevetés ne soit « pas excessif ».

Or, l'existence d'ententes indique que les compagnies pharmaceutiques sont disposées à négocier leurs prix à la baisse. Afin que cet espace de négociation profite à tous les assurés, et non aux seuls régimes publics, il serait souhaitable que le Québec et les autres provinces fassent pression sur le gouvernement fédéral afin que l'Alliance, ou un organisme équivalent, puisse intervenir dès l'étape d'approbation des prix des nouveaux médicaments, de sorte que la négociation profite à l'ensemble des assurés canadiens, et non aux seuls assurés des divers régimes publics des provinces.

4.3 Dispositions diverses et transitoires particulières

4.3.1 L'octroi de pouvoirs abusifs au ministre de la Santé et des Services sociaux

Article 180

Ces dispositions, mais plus particulièrement l'article 180, donnent au ministre de la Santé et des Services Sociaux le pouvoir absolu (avec l'approbation du Conseil du trésor) de déterminer unilatéralement les conditions et les modalités de rémunération des services assurés dispensés par les pharmaciens, lorsqu'il sera d'avis qu'il ne peut en convenir avec l'AQPP, et ce, dans un délai qu'il estime acceptable.

Cette mesure nie le principe même de la libre négociation et du principe de la bonne foi qui en découle. Du coup, elle balaie le régime général de la négociation entre les professionnels de la santé et le gouvernement, tel qu'instauré par l'article 19 de la *Loi sur l'assurance maladie*.

Jumelée à celle prévue par l'article 168 du Projet de loi n° 28, qui interdit au pharmacien de réclamer de quiconque des honoraires pour un assuré d'un régime privé d'assurance, sauf si un tarif est prévu dans l'entente entre le MSSS et l'AQPP, elle constitue une forme d'étatisation sans compensation.

Rien ne justifie de conférer au ministre de tels pouvoirs :

- Les services pharmaceutiques sont accessibles, et à aucun moment l'AQPP n'a menacé ou même évoqué quelque moyen de pression que ce soit. Il n'y a donc pas urgence ou de nécessité à cet égard.
- Les coûts du régime sont sous contrôle et ont même diminué de façon absolue en 2013, malgré une augmentation du nombre d'assurés et une augmentation de leur utilisation de médicaments (voir annexe 3). Malgré que l'objectif de déficit zéro dès 2015-16 requière de la rigueur dans la gestion des finances publiques, les faits indiquent que le régime d'assurance médicaments affiche déjà une telle rigueur, particulièrement si on le compare à d'autres programmes de soins de santé.
- L'AQPP a toujours accepté de négocier, elle a même initié le processus de négociation amorcé en septembre 2014 destiné à renouveler l'entente échéant le 31 mars prochain. Malgré un manque d'ouverture du gouvernement à entreprendre des travaux à cette fin, l'AQPP a toujours fait montre de souplesse et a systématiquement cherché des solutions aux problèmes et enjeux soulevés par le régime en proposant des façons d'en optimiser le fonctionnement et son impact.

- L'octroi au ministre de pouvoirs extraordinaires, voire abusifs, est totalement injustifié, puisque seule la table de négociation demeure un forum efficace si le gouvernement accepte d'y participer dans un esprit de recherche de solutions.
- C'est en fait l'équipe de négociation du gouvernement qui a refusé d'entendre l'AQPP sur ses propositions. Les articles 180, 182 et 184 du Projet de loi n° 28 traduisent le refus du gouvernement de négocier de bonne foi.
- Aujourd'hui, force est de constater que les négociations qui se sont tenues à l'automne dernier n'étaient en fait, que des négociations de façade : tout au long du processus, le Projet de loi n° 28 était déjà en préparation et, lors des séances de négociation tenues en novembre, complété et prêt à être présenté à l'Assemblée nationale.
- Un résumé des négociations récentes, présenté aux pages suivantes, le démontre.

4.3.2 Les services assurés

Article 180

180. Malgré l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) et toute disposition d'une entente visée à cet article, le ministre peut, avec l'approbation du Conseil du trésor, modifier ou établir, selon le cas, les conditions et modalités de rémunération des services assurés visés au deuxième alinéa applicables aux pharmaciens lorsqu'il est d'avis qu'il ne peut en convenir avec l'organisme représentatif concerné dans un délai qu'il estime acceptable.

Les services assurés visés sont :

1° les nouvelles activités visées aux paragraphes 6° à 10° du deuxième alinéa de l'article 17 de la Loi sur la pharmacie (chapitre P-10), tel que modifié par l'article 2 du chapitre 37 des lois de 2011, et au Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien, approuvé par le décret n° 606-2013 (2013, G.O. 2, 2404);

2° l'exécution et le renouvellement d'une ordonnance de médicaments pour un pilulier, pour les services chroniques de moins de sept jours et pour les médicaments à volume élevé de renouvellement d'ordonnances.

Les conditions et modalités de rémunération déterminées par le ministre lient les parties et s'appliquent à compter de la date de leur publication sur le site Internet de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Elles ne sont pas assujetties à la Loi sur les règlements (chapitre R-18.1).

4.3.2.1 Les nouveaux services

Depuis l'automne 2013, les pharmaciens ont fait l'objet d'une véritable campagne de désinformation menée par certaines personnes au gouvernement.

Il importe de rétablir la vérité :

- Même si le gouvernement a balayé du revers de la main les recommandations de l'AQPP quant à la couverture des nouveaux services et la logique qui en découle (voir annexe 4), l'AQPP, conformément à ses convictions, a reconnu le droit du gouvernement de déterminer la couverture des nouveaux services et a accepté d'emblée de négocier dans le cadre déterminé par le gouvernement. Mis à part une volonté arbitraire de deux ministres successifs, rien n'a jamais obligé, et rien n'oblige à ce jour, d'en arriver à une entente sur les tarifs des nouveaux actes *avant* d'autoriser les pharmaciens à les dispenser pour que les Québécois en bénéficient. Le report de l'entrée en vigueur de ces nouveaux actes est une décision politique et non une conséquence de l'absence d'une entente quant à la rémunération de ceux-ci.
- Pour les services que le gouvernement avait choisi d'assurer, l'AQPP et le gouvernement se sont entendus sur les tarifs et les conditions de rémunération **dès le 15 août 2013**. Il restait à traduire cet accord en termes contractuels formels.
- La conclusion d'une entente en temps opportun (automne 2013) a été empêchée par deux facteurs, tous deux du seul fait du gouvernement :
 - L'évocation d'un soi-disant problème juridique concernant les tests effectués ou vendus en pharmacie : un faux problème qui a retardé de cinq mois la conclusion d'une entente.
 - Le 27 février 2014, à la toute veille de la conclusion d'une entente, le gouvernement a décidé de changer la liste des services qu'il voulait couvrir, ce qui nécessitait des discussions supplémentaires. Le 12 mars, le gouvernement se retirait de la table de négociation, invoquant le déclenchement imminent des élections.
- Le gouvernement formé à la suite des élections, a présenté une nouvelle proposition le 5 novembre 2014, quant à la couverture des nouveaux services. Proposition semblable à celle d'août 2013. L'AQPP a accepté sur-le-champ.
- Pourquoi faudrait-il donner des pouvoirs absolus au ministre?

4.3.2.2 Des services aux enjeux importants

Le deuxième paragraphe de l'article 180 soulève trois enjeux importants : le service de mise en pilulier, les services chroniques de moins de sept jours et les médicaments à volume élevé. Selon la définition qu'on donne à cette dernière expression, ces services représenteraient au moins 50 % des honoraires payés aux pharmaciens par la RAMQ, et possiblement plus de 60 %.

L'AQPP n'entend pas négocier dans le cadre de la présente Commission. Elle souhaite le faire à la Table dans un climat de sérénité, comme elle a toujours cherché à le faire depuis plusieurs années.

La juste présentation de ces enjeux ne peut cependant se faire sans un minimum de toile de fond historique.

4.3.2.2.1 Services chroniques de moins de 7 jours

Rappelons que ces services et les circonstances qui motivent leur remboursement, ont été négociés, introduits et tarifés à l'entente AQPP-MSSS en 2007. Ces situations exceptionnelles permettent aux pharmaciens de recevoir un plein honoraire, soit celui prévu pour un traitement de trente jours, alors que dans les faits ce traitement, bien que chronique, soit dispensé pour moins de 7 jours. À cette époque, tous s'entendaient à l'effet que pour certains patients, même le pilulier ne pouvait permettre d'assurer une surveillance adéquate de la thérapie médicamenteuse, incluant l'observance au traitement.

C'est au bénéfice de ces patients et en reconnaissant la nature et la valeur des services professionnels rendus par les pharmaciens, en ces circonstances, que l'AQPP et le MSSS ont convenu des modalités et des conditions de rémunération qui en découlent.

Sept années se sont écoulées et le gouvernement trouve maintenant que ces services coûtent trop cher à l'État. Bien qu'en proportion de l'ensemble des honoraires versés aux pharmaciens, ces services ne représentent qu'environ 1 % du total, et ce, avec une croissance faible ou nulle, l'AQPP s'est néanmoins engagée dans une démarche visant à réduire cette dépense et a proposé une solution plus adaptée à la réalité que celle invoquée par le gouvernement.

Une telle solution aurait eu l'avantage de permettre l'analyse et l'étude de cette clientèle, de leurs réels besoins, de leur milieu, des molécules en cause, et d'adapter un modèle de rémunération en conséquence. L'invitation a été lancée de saisir cette occasion pour inclure également dans le cadre de cet exercice, la prise en compte des nouvelles réalités, que sont notamment les soins à domicile et ceux de fin de vie.

Au surplus, cette solution ferait économiser à l'État davantage que sa propre solution ! L'AQPP déplore que le gouvernement mette de l'avant une solution simpliste et radicale, au seul motif d'éviter, entre autres, une complexité alléguée de la programmation informatique qu'impliquerait la solution de l'AQPP. Le gouvernement refuse de discuter. Plutôt, il donne des pouvoirs absolus au ministre.

4.3.2.2.2 Médicaments à volumes élevés de renouvellement d'ordonnances

L'AQPP s'étonne de ne trouver aucune définition des mots « Médicaments à volume élevé de renouvellement d'ordonnances ».

À défaut d'une telle définition, puisqu'il ne s'agit que d'une expression arbitraire, cet enjeu trahit, soit la mauvaise foi du gouvernement, soit une méconnaissance élémentaire du mode de rémunération du pharmacien propriétaire et de sa logique.

En 1972, l'AQPP et le MSSS ont convenu d'établir un système de rémunération, où le tarif serait indépendant de la substance et du prix de celle-ci. Les négociations se sont d'emblée déroulées sur la base du « coût moyen d'exécution d'une ordonnance », et ce, même si dans les faits les coûts unitaires varient avec la substance. Avec la progression de la contribution des usagers, le système de 1972 pose des enjeux d'équité entre les assurés. Et avec l'arrivée de molécules de plus en plus dispendieuses, les pharmaciens ont envisagé à maintes reprises, la négociation de

changements à cette logique. Pour fins d'exemple, ils reçoivent en effet des honoraires de moins de 9 \$, même pour un coûtant de 2 000 \$, 5 000 \$ ou 10 000 \$. De fait, les molécules coûtant 600 \$ et plus, représentent 0,25 % du volume des prescriptions totales, 0,41 % du coût total des honoraires, mais 18 % des coûts totaux du régime. Le gouvernement a toujours refusé d'en discuter, arguant la logique du système et le modèle d'affaires établis.

La suggestion de fixer un tarif réduit pour certaines molécules aujourd'hui est en rupture avec la logique de base du système dont le gouvernement se réclame pourtant depuis des années. L'AQPP s'est montrée ouverte à en discuter, à condition toutefois que cette rupture soit étendue à la totalité des molécules : si un changement de système est nécessaire, il est nécessaire à tous les niveaux. Si certaines molécules méritent des honoraires moins élevés, il s'ensuit que d'autres méritent des honoraires plus élevés. Au mépris de toute logique, le gouvernement a refusé même d'en discuter, révélant ainsi sa volonté, non pas de revoir la logique d'un système, mais plutôt de travestir en réforme une simple baisse de tarif. Le ministre refuse le dialogue. Et on voudrait lui donner un pouvoir absolu ?

4.3.2.2.3 Le pilulier

Le pilulier voit le jour au début des années '90.

La mise en pilulier permet de bien gérer la prise de médicaments dans le cas d'un régime posologique complexe ou encore, pour aider un patient atteint d'un handicap physique ou ayant des problèmes cognitifs. Dans tous les cas, il favorise alors l'observance au traitement et permet une utilisation optimale de la thérapie médicamenteuse tout en supportant le maintien à domicile du patient le plus longtemps possible.

Le service de mise en pilulier est introduit à l'entente AQPP-MSSS en 1992. Il est facturé sur une base hebdomadaire, à environ 50 % du tarif de l'exécution d'une ordonnance de 30 jours. Par lettre d'entente, les parties ont convenu de fixer à 6,30 % du total des honoraires versés aux pharmaciens, le seuil à partir duquel le tarif du pilulier serait automatiquement révisé à la baisse.

Ce seuil est ramené à 3,75 % en mai 1994, par un amendement à l'entente de 1992. Ce seuil est ensuite demeuré inchangé jusqu'en 2007. Il a été dépassé en 2001-2002 alors qu'il atteignait 5,9 % puis 10,9 % en 2004-2005.

En novembre 2006, lors de sa comparution devant la Commission de l'administration publique, le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux d'alors monsieur Juan Roberto Iglesias, admettait que ce pourcentage ne cessait d'augmenter. Mais surtout, monsieur Iglesias expliquait les raisons pour lesquelles le ministère n'avait pas appliqué, depuis 1992, les termes de cette lettre d'entente.

À son avis, les décisions du Ministère de la Santé notamment, celles liées au virage ambulatoire, avaient eu pour conséquence de recourir au maintien à domicile de façon beaucoup plus marquée. Par conséquent, selon ses propos « *...l'application intégrale de l'entente de 1992 aurait eu des effets délétères sur les clientèles déjà vulnérables* » (annexe 6).

À la lumière de ce constat, en 2007, l'AQPP et le MSSS ont assoupli la règle qui définissait les critères d'éligibilité au service de mise en pilulier. Les parties étaient conscientes que cet assouplissement entraînerait une croissance notable dans l'utilisation du pilulier. Mais elles

savaient que la modification éliminerait la quasi-totalité de services qui affichaient une croissance préoccupante : le service hebdomadaire à plein tarif pour les patients requérant un suivi, mais ne satisfaisant pas les anciens critères d'éligibilité à la mise en pilulier. Les parties s'en assurèrent en resserrant sévèrement les conditions de facturation à plein tarif des services de courte durée. Ainsi, la plupart de ces services ont ensuite été facturés au tarif pilulier, beaucoup moins cher.

Logiquement, les parties ont aussi abrogé la lettre d'entente qui fixait le plafond à 3,75 %. Une nouvelle lettre a été introduite soit la lettre d'entente n° 1 (annexe 5). Cette dernière précise, le mandat donné au comité de suivi de l'entente :

(...) « Ce comité aura également pour mandat lorsque l'évolution des coûts d'un service croît à un rythme plus rapide que celui anticipé selon la tendance historique observée, de recommander aux parties les mesures requises pour corriger la situation dans plus brefs délais. Pour les coûts du service du pilulier, les parties s'entendent pour fixer à 25% de l'ensemble du coût des services le pourcentage au-delà duquel la croissance du coût des services du pilulier aura été plus rapide que la tendance historique. »

Le gouvernement utilise aujourd'hui une mauvaise lecture de la lettre d'entente pour justifier les coupures aveugles de tarifs. Si les parties avaient alors voulu instituer un plafond de 25 %, elles l'auraient écrit exactement comme elles l'avaient fait en 1994. Elles n'auraient changé que le taux.

Cette mise au point faite, il demeure que depuis 2000-2001, la part des services de piluliers n'a pas cessé de progresser et est passée de 4,2 % des coûts des services pharmaceutiques de l'ensemble du programme à 33,7 % en 2013-2014 (annexe 7).

Avec le vieillissement de la population, l'objectif de maintien à domicile des clientèles ciblées et la vocation même du régime public d'assurance médicaments, le portrait de l'ensemble du régime et des services de piluliers s'est substantiellement modifié depuis une vingtaine d'années.

Le profil du patient utilisateur de piluliers s'est également modifié. Ainsi en 2014, pour le groupe des 65 ans et plus (qui constitue 71 % de la clientèle totale visée par les piluliers, 75 % des prescriptions totales de ce service et 68 % du coût total du service), le profil moyen d'un utilisateur est celui d'un patient âgé de 80 ans et consommant plus de 8 prescriptions par jour sous forme de comprimés ou de capsules (excluant donc les ordonnances de médicaments de formes non orales, soit les formes topiques, en vaporisateur ou autres). Nous nous permettons également d'ajouter que le groupe des 75 ans et plus représente près de 75% des patients de 65 ans et plus, utilisant des piluliers.

Fait intéressant, plus de 150 000 patients âgés de 75 ans et plus ont recours aux piluliers sur une population de 605 078 personnes dans ce groupe d'âge en 2014, soit 25 % de ce groupe. Par contre les gens âgés de 80 ans et plus représentaient 363 935 personnes au Québec en 2014 (données 2014 de l'Institut de la statistique du Québec). L'âge moyen des utilisateurs de piluliers du groupe de 65 ans et plus étant de 80 ans, force nous est de constater que la majorité des utilisateurs de piluliers sont donc âgés de plus de 80 ans, et constituent un pourcentage élevé de ce groupe d'âge (80 +) et est de facto, une des clientèles les plus vulnérables couvertes par le régime (données 2013-2014 RAMQ). En voulant réduire l'utilisation du pilulier, c'est à cette population et à son maintien à domicile que le gouvernement s'adresse. Nous suivons

difficilement le raisonnement du gouvernement quant à sa volonté d'économiser des coûts versus l'utilisation sécuritaire et efficace des médications complexes que permet le pilulier pour des clientèles vulnérables et à risque. Il nous semble que cela constitue une mauvaise gestion des risques en santé par le gouvernement...

Une telle croissance coïncidait également avec une augmentation de la demande de la part des résidences pour personnes âgées, afin d'assurer une distribution sécuritaire des médicaments. Pour fins d'information, environ 110 000 personnes habitaient dans des résidences pour personnes âgées au Québec en 2014 et l'âge moyen des résidents étaient de 82 ans (Rapport sur les résidences pour personnes âgées au Québec en 2014, publication SCHL).

Dès 2010, le gouvernement et l'AQPP ont amorcé un dialogue sur l'enjeu de cette croissance. À la solution simpliste du gouvernement, l'AQPP a alors proposé, un diagnostic plus fin de la situation et des pistes de solutions plus raffinées, mais avec pour avantage de s'avérer plus efficaces à long terme. L'AQPP a fait une première série de propositions en 2010 sur lesquelles le gouvernement n'a pas cru opportun de poursuivre le dialogue.

L'AQPP déplore le fait que le gouvernement ait refusé de s'engager dans une démarche qui reposait sur les causes et les facteurs de cette croissance, démarche qui permettait d'amener des solutions adaptées à la réalité et aux besoins des patients, incluant, mais sans s'y limiter, des modifications aux conditions et modalités de rémunération des pharmaciens.

En 2012, les parties ont signé une entente, mais sans compléter une discussion de fond sur le pilulier et sans non plus modifier les modalités de son utilisation et de sa rémunération.

À l'automne 2014, l'AQPP a fait de nouvelles propositions, qu'elle a amendées plus d'une fois pour régler l'enjeu de la gestion du pilulier. La dernière en date, faite le soir du 25 novembre 2014, à quelques heures de la présentation du Projet de loi n° 28, engendrait dès 2015-2016 une économie de près de 60 millions \$ pour le gouvernement et une perte du même ordre, pour les pharmaciens. Cette offre avait le mérite de cibler l'enjeu là où il se trouve, d'adresser les problématiques à leur source et d'envisager des solutions durables. Le gouvernement a refusé de poursuivre le dialogue.

Le gouvernement s'en est plutôt tenu à sa position qui consiste à faire des coupures aveugles d'honoraires, sans chercher des solutions véritables. Les représentants du ministre, qui sont en principe ses « experts », ont candidement avoué qu'ils n'avaient aucune idée de l'impact que leurs propositions auraient sur la pharmacie québécoise et l'exercice de la pharmacie en milieu communautaire, ni même sur leurs patients qui, faut-il le rappeler sont servis en pilulier parce qu'elles sont des personnes vulnérables.

Cet enjeu ne peut et ne doit pas être réglé de façon complètement discrétionnaire et arbitraire, par le ministre de la Santé.

Et on voudrait donner au ministre un pouvoir absolu?

4.3.3 L'absence de publication

Articles 180 et 184

En outre, en plus de doter le ministre de vastes pouvoirs discrétionnaires, le Projet de loi n° 28 exempte de l'obligation de publication et du délai d'entrée en vigueur, chaque premier règlement pris en vertu des articles à cet effet.

Quoique formellement légale, cette exemption s'apparente à un refus d'entendre et prive toute partie intéressée, en premier lieu les pharmaciens, de son droit de pouvoir commenter et prendre part au débat.

Bref, les articles 180 et 184 constituent à la fois un déni du droit à la libre négociation, ainsi qu'un déni du processus démocratique. Et ce, sans aucune justification sinon la sanction législative du refus du gouvernement de négocier.

L'AQPP s'oppose avec force à l'adoption des articles 180 et 184. Elle propose leur abolition pure et simple.

CONCLUSION : UNE ÉTATISATION DÉGUISÉE, SANS COMPENSATION

Le gouvernement pèse déjà d'un poids très lourd sur l'économie de la pharmacie communautaire.

- Responsable de la Liste des médicaments, le gouvernement contrôle les prix coûtants pour l'ensemble du marché.
- Par le *Règlement sur les avantages autorisés à un pharmacien*, le gouvernement a le pouvoir de fixer la nature et le taux des avantages consentis aux pharmaciens par les fabricants de médicaments génériques dans le cadre de leur mise en marché; alors que ces variables sont laissées à la libre négociation entre les pharmaciens et leurs fournisseurs presque partout en Amérique du Nord.
- Le gouvernement est l'agent payeur unique pour le régime public d'assurance médicaments, qui représente environ 60 % du marché. Payeur, mais aussi législateur et régulateur, le gouvernement du Québec dispose d'un pouvoir de négociation déjà démesuré par rapport à celui des pharmaciens, qui ne peuvent effectivement refuser de faire affaires avec lui, peu importe les paramètres économiques offerts.

Comme si ces pouvoirs ne suffisaient pas, le gouvernement veut aujourd'hui donner au ministre de la Santé et des Services sociaux le pouvoir formel de fixer unilatéralement le prix de services pharmaceutiques représentant au moins 50 %, et plus probablement plus de 60 % du coût des services pharmaceutiques payés par la RAMQ. Qui plus est, l'exercice de ce pouvoir échapperait même aux mécanismes normaux de consultation inhérents au processus réglementaire normal. C'est une volonté à peine déguisée d'étatiser la pharmacie et ce, sans aucune compensation.

Une approche aussi agressive étonne d'autant plus que les pharmaciens ont toujours collaboré avec le gouvernement. Ils se sont toujours efforcés d'être pour lui un partenaire proactif, à la recherche de solutions et de stratégies mutuellement profitables. Le projet de loi n° 28 risque de provoquer une rupture profonde et durable dans cette relation. Une telle rupture serait d'autant plus regrettable que des stratégies ont déjà été identifiées, qui sont non seulement porteuses de collaboration, mais de meilleurs résultats à terme.

Plus fondamentalement encore, l'AQPP est d'avis que, quarante-trois ans après l'entrée en vigueur du premier programme public d'assurance médicaments, il est temps de revoir en profondeur un modèle de rémunération établi en 1972. Ce modèle ne s'est pas adapté aux changements importants survenus depuis dans les programmes d'assurance médicaments et, plus généralement, dans l'industrie pharmaceutique et dans le réseau de pharmacies communautaires. En particulier :

- Le programme public couvrait environ 8 % de la population du Québec en 1972, dont la consommation annuelle était de 8,2 ordonnances par assuré. Il avait donc une importance marginale, à la fois dans les activités des pharmacies et dans le budget de l'État. Aujourd'hui, le programme public représente 60 % de la consommation de médicaments d'ordonnances au Québec.
- Les médicaments génériques, marginaux en 1972, représentent aujourd'hui plus de 70 % du volume de médicaments défrayés par la RAMQ. (Le pharmacien a obtenu le droit d'effectuer la substitution en 1973).

- En 40 ans, la consommation de médicaments a fortement augmenté, en volume, mais davantage en coût. De fait, si la progression des médicaments génériques a freiné la hausse des coûts, celle-ci a néanmoins été nourrie par l'arrivée sur le marché de molécules toujours plus coûteuses, et de traitements coûtant parfois plusieurs milliers de dollars par mois.
- Alors que les honoraires du pharmacien représentaient 48 % du coût total du programme en 1973, cette proportion avait diminué à 30 % en 2013. Cette baisse est notamment attribuable à un fort accroissement de la productivité des pharmacies communautaires.
- En 1972, les bénéficiaires du programme d'assurance médicaments n'avaient aucune contribution à payer, que ce soit sous forme de primes, de franchise ou de coassurance. Au cours de l'exercice 2013-2014, les assurés ont assumé, au titre de franchise et de coassurance, près de 19 % du coût total de leurs médicaments. Selon la catégorie d'assurés et le prix de détail de l'ordonnance, cette contribution varie de 0 % à 100 %. Par conséquent, la structure tarifaire adoptée en 1972 soulève aujourd'hui des enjeux d'équité entre les assurés du secteur public.
- Les pharmaciens ont toujours compté parmi les ressources en santé les plus accessibles pour les Québécois. Toutefois, l'activité conseil du pharmacien communautaire a fortement gagné en importance, d'abord parce que la pharmacothérapie est beaucoup plus complexe qu'elle ne l'était il y a quarante ans, ensuite parce que les pharmaciens sont beaucoup mieux formés qu'il y a quarante ans pour offrir ces services, et enfin parce que le système québécois de santé s'est montré de moins en moins capable d'assurer efficacement des services de santé de première ligne performants et accessibles.

Ces changements sont profonds. Alors qu'il faudrait examiner des changements aussi profonds du régime de rémunération, le gouvernement continue de s'obstiner à rafistoler un système dépassé. Les gestes intempestifs proposés par le gouvernement confirment une nouvelle fois sa volonté d'ignorer l'évolution des quarante dernières années. Le dernier rafistolage envisagé par le gouvernement – en fait de simples coupures tarifaires estimées par lui à 177 millions de dollars -- ne changera rien aux vraies problématiques, n'est pas adapté aux enjeux véritables et risque par conséquent de faire plus de tort que de mal – dans le meilleur des cas, ce rafistolage ne fera que reporter la conception et l'implantation de solutions adaptées et durables.

Plus probablement, ce rafistolage déstabilisera un secteur sain et dynamique. Il aura des répercussions opérationnelles, financières, fiscales et même cliniques sur le réseau de pharmacies. Il diminuera la qualité et l'accessibilité des services et, à terme, menacera l'équilibre fragile des plus vulnérables parmi les assurés de l'État.

Il est donc temps de procéder à une révision en profondeur du modèle. Le contexte actuel milite en faveur d'une telle révision. L'AQPP est un des partenaires des plus compétents au Québec pour amener et implanter des solutions efficaces et durables à une problématique structurelle et est disposée à le faire avec diligence et convie le gouvernement à un tel exercice. Mais cet exercice doit se faire dans la sérénité et le respect sans crainte de l'exercice de pouvoirs abusifs et coercitifs du ministre. Si le gouvernement est intéressé par les vrais enjeux et les vraies solutions, il acceptera de s'asseoir avec les pharmaciens.

Le pharmacien est le professionnel de la santé de 1^{ère} ligne le plus accessible, disponible et efficace. Présent partout, tous les jours et sans investissement public. Qui peut en dire autant?

LE PHARMACIEN, UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ À PART ENTIÈRE

► Le pharmacien, un « compteur de pilules ? » Derrière son comptoir, le pharmacien :

- analyse le dossier de ses patients pour valider que le médicament choisi soit adapté à sa condition et adéquat (bonne dose, bon produit, interactions médicamenteuses, etc.);
- fait le suivi de ses patients pour s'assurer que ce choix de médicament est sécuritaire et efficace;
- conseille les autres professionnels de la santé et les patients sur l'usage optimal des médicaments;
- évalue la pertinence, l'efficacité et la sécurité des médicaments par le biais d'une analyse lors de laquelle il se pose plusieurs questions, parmi lesquelles :
 - ✓ le patient aurait-il besoin d'une thérapie médicamenteuse qu'il ne reçoit pas?
 - ✓ prend-il un médicament dont il n'a pas ou n'a plus besoin?
 - ✓ prend-il un médicament qui n'est pas approprié à sa condition?
 - ✓ prend-il un médicament à une dose trop élevée? À une dose trop faible?
 - ✓ présente-t-il des effets indésirables qui nécessitent une intervention?
 - ✓ souffre-t-il ou est-il susceptible de souffrir d'une baisse d'efficacité ou d'effets indésirables en raison d'une interaction médicament-médicament ou d'une interaction médicament-aliment?

► Le pharmacien, un agent des tiers payants :

- Administre gratuitement des pans entiers des programmes d'assurance publics et privés :
 - ✓ saisie et transmission d'information;
 - ✓ obtention d'autorisations au nom des assurés.
- Agent d'information auprès des assurés (30 infolettres reçues en 2014, en plus des 115 infolettres en rapport avec des ruptures de stocks – pour la RAMQ seulement).

LA PHARMACIE : UNE PME DE LA SANTÉ

- Il y a au Québec 1 854 pharmacies, soit 1 pharmacie pour 4 420 habitants soit moins que la moyenne nationale qui est de 1 pour 3 822. En ce sens, il manquerait 271 pharmacies au Québec pour rejoindre la moyenne nationale.
- Le marché de la pharmacie est concurrentiel : pas moins de sept regroupements de pharmaciens, affichant 20 bannières distinctes, se disputent le marché de détail du médicament au Québec.
- Outre les propriétaires, l'officine moyenne (excluant la « boutique ») emploie 10,4 employés, dont 2,6 pharmaciens et 7,8 assistants techniques pour une rémunération annuelle d'environ 550 000 \$.
- La pharmacie moyenne est ouverte 72 heures par semaine, 359 jours par an.

Les pharmacies québécoises, c'est (excluant la boutique) :

- Des ventes totales de plus de 8,3 milliards \$.
- Des achats annuels de 6,1 milliards \$ (marchandises vendues et autres).
- Des actifs de 5,6 milliards \$.
- Des capitaux employés de 3,9 milliards \$.
- Une dette à long terme de 2,3 milliards \$.
- Des fonds propres de 1,6 milliard \$.
- Près de 18 000 employés, soit une masse salariale de plus de 1 milliard \$ et des impôts versés de plus de 400 millions \$ au Trésor public (fédéral et provincial).
- À cela peut s'ajouter des ventes de près de 2 milliards \$ pour la partie boutique et plus de 23 000 employés additionnels pour cette même partie.
- Au total, les pharmacies québécoises emploient plus de 41 000 personnes soit plus que la SAQ, Hydro-Québec et Loto-Québec ensemble.

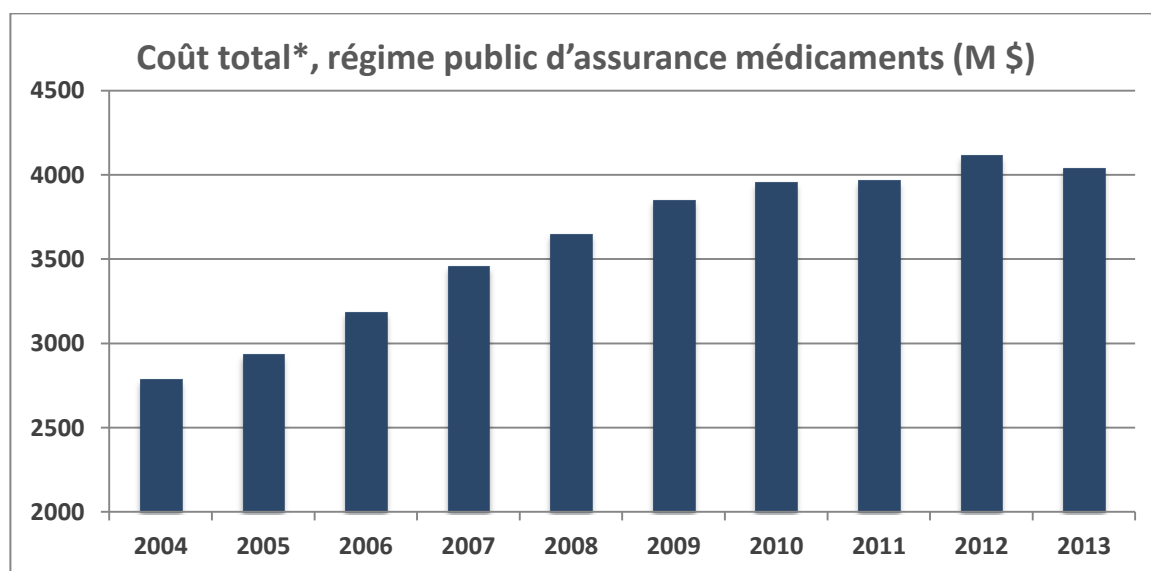
Le tout, entièrement financé, géré et exploité par des investisseurs privés : ***les pharmaciens propriétaires.***

- Au Québec, les allocations professionnelles sont strictement réglementées : la forme des « avantages autorisés » et leur taux sont prescrits par règlement. Ce taux d'avantages autorisés au Québec, plafonné à 20 % des achats jusqu'en 2009, a été réduit progressivement depuis, pour être établi à 15 % à l'heure actuelle.

L'ASSURANCE MÉDICAMENTS EN PERSPECTIVE

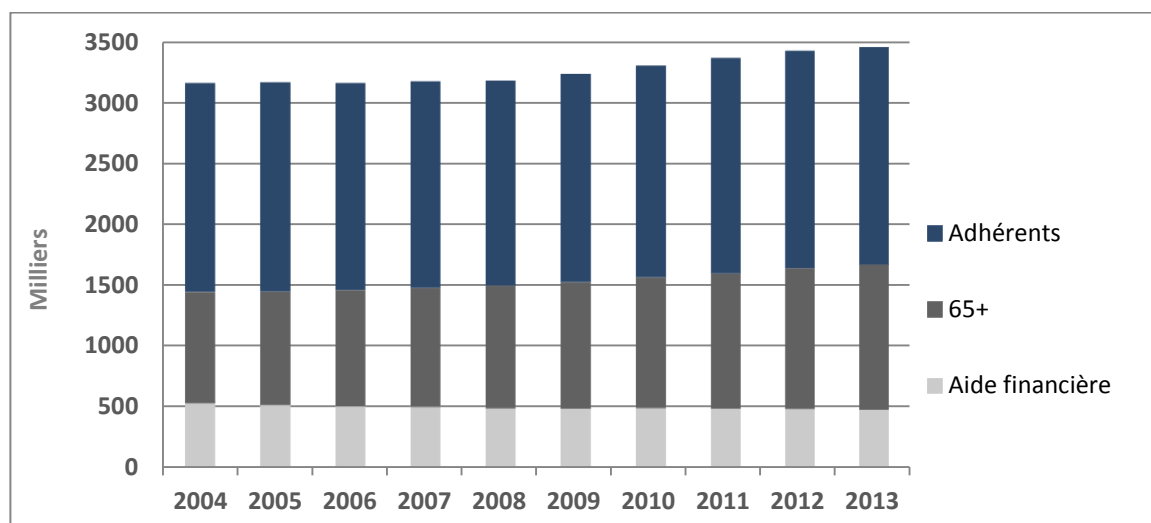
- Environ 42% des Québécois sont assurés par la RAMQ, et 58 % par un programme privé.
- En volume, la RAMQ paie pour environ 60 % de la consommation de médicaments d'ordonnances – les assureurs privés, 40 %.
- En dollars, la RAMQ paie pour environ 56 % de la consommation de médicaments d'ordonnances – les assureurs privés, 44 %.

Le coût de l'assurance médicaments plafonne et est sous contrôle...

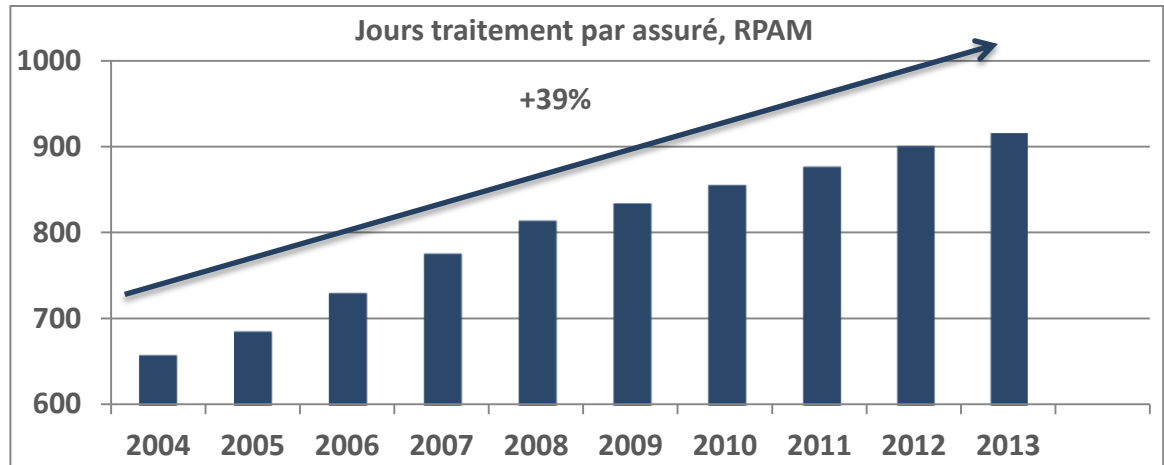


* Incluant la contribution des assurés

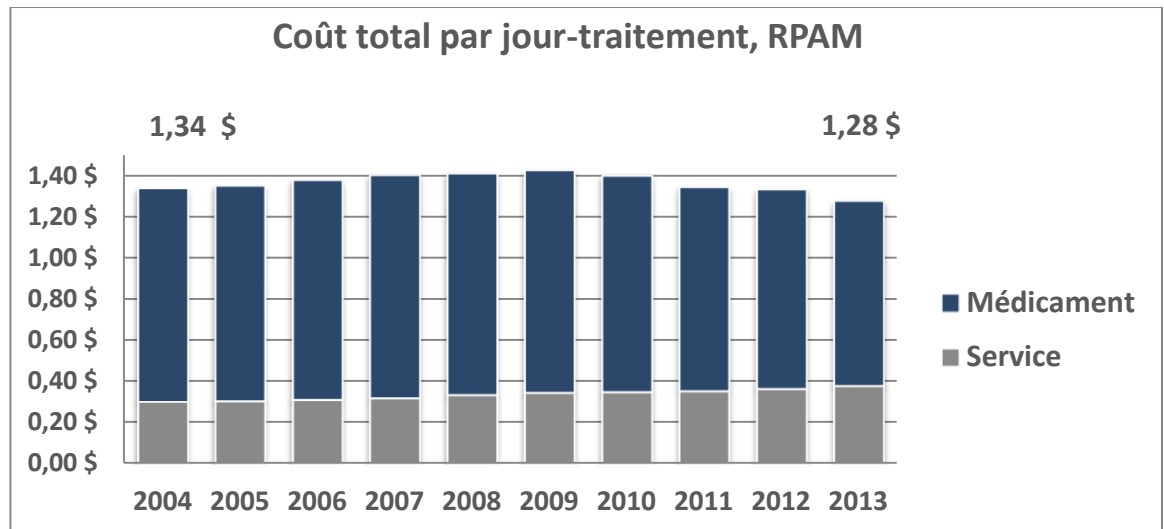
...malgré la croissance du nombre d'assurés du régime public...



...et la croissance de leur consommation.



En effet, il y a eu une baisse importante du coût unitaire de l'assurance médicaments publique.



L'IMPACT DES DÉCISIONS RÉCENTES DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

Sur le régime d'assurance médicaments

Le contrôle des coûts du régime public a été largement rendu possible par :

- La suppression de la « règle des quinze ans » qui, au Québec, accordait une protection artificielle aux médicaments d'origine et freinait la pénétration du générique.
- La baisse du prix des génériques, en particulier en Ontario et en Alberta : la clause de la « nation la plus favorisée » dans l'engagement des fabricants au Québec a entraîné automatiquement des baisses identiques de prix au Québec.
- L'arrivée sur le marché générique de quelques molécules « blockbusters », notamment le Lipitor™.
- On estime qu'à elles seules, les baisses de prix des génériques ont totalisé près de 1 milliard \$ de 2010-11 à 2013-14 sur l'ensemble du marché. Ces baisses ont permis à la RAMQ et à ses assurés d'économiser plus de 630 millions \$ de 2010-11 à 2013-14 – dont 241 millions \$ pour le seul exercice 2013-14.
- L'instauration d'un Prix maximum payable (PMP) sur la catégorie de médicaments appelée « Inhibiteurs de la pompe à protons » (IPP).

Sur les pharmacies

- Par le biais de l'impact négatif sur les allocations professionnelles des baisses de prix et de la baisse du taux maximum des avantages autorisés, les pharmaciens ont encouru un manque à gagner de 223 millions \$ -- soit 22 % de la baisse de prix totale du marché, ou 35 % de l'économie réalisée par le régime public.
- On estime qu'aujourd'hui, entre 225 et 250 pharmacies du Québec affichent un bénéfice avant impôt nul ou négatif, soit environ 13% des pharmacies Québécoises. Un autre 200 à 225 serait déficitaire sans leurs allocations professionnelles.
- Bref, actuellement, la rentabilité de 425 à 475 pharmacies du Québec (sur un total de 1 790) est insatisfaisante ou négative.

L'IMPACT DES COUPURES PRÉCONISÉES PAR LE MINISTRE BARRETTE

- Par l'entremise de ses porte-parole à la table de négociation, le ministre Barrette a « offert » à l'AQPP de procéder à des coupures tarifaires qui, selon les estimations du ministère, auraient totalisé quelque 177 millions \$ si elles s'étaient appliquées en 2013-14: environ 100 000 \$ par pharmacie en moyenne.
- Ces coupures seraient réparties inégalement, mais dans tous les cas de figure, elles amputent directement la « ligne du bas » de la pharmacie, soit le bénéfice avant impôts.
- La majorité des frais d'exploitation d'une pharmacie sont fixes : loyer, énergie, services professionnels, informatique, systèmes d'information, etc.

- La seule véritable variable d'ajustement se trouve dans les salaires : on a vu qu'ils s'établissent en moyenne à 550 000 \$ par pharmacie (excluant la « boutique »).
- Les coupures proposées par le ministre Barrette représentent environ 20 % de la masse salariale de la pharmacie.
- Les 425 à 475 pharmacies non rentables ou marginalement rentables deviendraient carrément précaires.
- Quant aux autres, elles auraient le choix de :
 - Mettre à pied 20 % de leur personnel près de 3 600 personnes. Chose impensable dans l'absolu, et paradoxale au moment même où les pharmacies se verront octroyer des responsabilités supplémentaires.
 - Réduire de 20 % les salaires du personnel : stratégie inéquitable, alors qu'on n'imposerait qu'un gel aux employés du secteur public – et un gel des « bonis » aux cadres du secteur public.
 - Réduire de 20 % les heures travaillées et par le fait même d'ouverture des pharmacies.
 - Compenser les coupures par une hausse des prix de 5 % à 6 % dans le secteur privé.

RAPPEL : RECOMMANDATIONS DE L'AQPP QUANT À LA COUVERTURE DES SERVICES NOUVELLEMENT AUTORISÉS AUX PHARMACIENS

L'AQPP est d'avis qu'en matière de couverture d'assurance pour les nouveaux actes autorisés aux pharmaciens, le gouvernement du Québec doit appuyer ses choix sur l'atteinte des objectifs sous-jacents à la décision d'accroître les prérogatives du pharmacien, à savoir :

- Favoriser l'usage optimal du médicament.
- Améliorer l'accès des patients aux soins de première ligne.

Ces objectifs ne seront atteints que dans la mesure où :

- d'une part, les pharmaciens pourront recevoir une rétribution adéquate pour compenser les coûts éventuellement associés à la prestation des nouveaux services, à défaut de quoi ils seront dissuadés d'offrir le service, et,
- d'autre part, la tarification ne dissuadera pas le patient de se prévaloir des nouveaux services en pharmacie communautaire, l'incitant plutôt à perpétuer les façons de faire établies qui consomment la ressource médecin de façon sous-optimale.

Les travaux de l'AQPP ont démontré que tous les nouveaux services, à l'exception d'une prolongation d'ordonnance pour 30 jours ou moins, entraîneront des coûts de fonctionnement additionnels pour la pharmacie, à cause de plusieurs facteurs dont les deux principaux sont :

- Le recours accru à la ressource-pharmacien, dans la mesure où les nouveaux actes se prêtent moins à la délégation que les activités traditionnelles reliées à l'exécution d'ordonnances.
- Le retrait de la ressource pharmacien de la chaîne d'exécution des ordonnances pendant l'exécution de ces nouveaux services, parfois en période de pointe, ce qui perturbera le modèle économique de l'officine, essentiellement un modèle d'activités à flux tendus.

Le souci que la tarification ne soit pas dissuasive amène l'AQPP à conclure que les services suivants devraient faire l'objet d'une couverture universelle pour tous les bénéficiaires du régime d'assurance maladie du Québec, sans égard au caractère public ou privé de leur régime d'assurance médicaments :

- L'évaluation aux fins de la prolongation d'ordonnances au-delà de 30 jours.
- La prescription et l'analyse d'examens de laboratoire.
- La prescription d'un médicament pour une condition mineure dont le diagnostic et le traitement sont connus.
- La prescription d'un médicament pour une condition mineure lorsqu'aucun diagnostic n'est requis.

Par ailleurs, l'AQPP est d'avis que les trois services suivants devraient être couverts par l'État pour les seuls bénéficiaires du régime public d'assurance médicaments, laissant aux pharmaciens et aux tiers payants le soin de définir leurs politiques respectives à l'égard des assurés du secteur privé :

- L'ajustement d'ordonnance(s).
- La substitution thérapeutique en situation de rupture d'approvisionnement.
- L'administration d'un médicament aux fins de démonstration.

Enfin, l'AQPP est d'avis que le pharmacien doit continuer, lorsqu'il le juge pertinent et que le patient y consent, à procéder sans frais à la prolongation d'ordonnances pour une période de 30 jours ou moins.

LETTRES D'ENTENTE RELATIVES AUX HONORAIRES DU PILULIER

LETTRE D'ENTENTE NO 2

Considérant que les parties prévoient une baisse de l'utilisation du pilulier suite à l'introduction de nouvelles règles d'application;

considérant l'incertitude entourant cette prévision;

les parties conviennent d'introduire un mécanisme de vérification.

MASSE MONETAIRE DU PILULIER

La masse monétaire du pilulier doit représenter pour la période de référence, 6,30% de la masse monétaire des honoraires versés pour cette même période.

Les périodes de référence sont définies comme suit:

du 1er juillet 1992 au 31 décembre 1992,
du 1er janvier 1993 au 30 juin 1993,
et du 1er juillet 1993 au 30 juin 1994.

Pour les fins d'application de cette lettre d'entente, la masse monétaire des honoraires comprend la masse monétaire:

- pour l'exécution ou le renouvellement d'une ordonnance,
- pour l'exécution ou le renouvellement d'une ordonnance pour un supplément diététique,
- pour le refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement,
- pour l'exécution ou le renouvellement d'une ordonnance magistrale,
- pour l'exécution ou le renouvellement d'une ordonnance magistrale relative au mélange de préparations liquides déjà manufacturées,
- pour le service sur appel,
- pour les considérations spéciales,
- pour la fourniture de seringues-aiguilles jetables,
- pour le pilulier.

Les données utilisées pour fin d'application de la présente lettre sont celles établies par la Régie le ou vers le 90ème jour de la fin de la période de référence. Ces données incluent les montants forfaitaires payables pour les services assurés fournis au cours de cette période et sont ajustées pour refléter le tarif d'honoraires en vigueur.

Si le pourcentage de la masse monétaire du pilulier observé par le ministre pour les périodes mentionnées ci-avant est supérieur à 6,30%, le tarif du pilulier est automatiquement révisé à la baisse, à compter du 1er juin suivant (si la période de référence se termine le 31 décembre) ou du 1er décembre suivant (si la période de référence se termine le 30 juin), et ce, nonobstant l'expiration de l'entente le 30 novembre 1993, de telle sorte qu'il aurait produit pour cette période une masse monétaire égale à 6,30% de celle des honoraires versés pour la même période.

Le ministre informe, au moins un (1) mois à l'avance, la Régie et l'Association du nouveau tarif du pilulier.

Advenant une mésentente relative à la décision du ministre, l'Association peut porter à l'arbitrage ce différend pour faire établir les modifications requises au tarif d'honoraires qui aurait eu pour effet de produire, pour cette période, une masse monétaire pour le pilulier équivalent à 6,30% de la masse monétaire des honoraires.

Les modifications fixées par l'arbitre s'appliquent à compter de la date de la prise d'effet de la décision du ministre.

Nonobstant l'expiration de l'entente le 30 novembre 1993, les dispositions de la présente lettre continuent de s'appliquer sur la base des données établies par la Régie pour chaque période du 1er juillet d'une année au 30 juin de l'année suivante.

S'il y a lieu de procéder à un ajustement du tarif du pilulier pour une période donnée, cet ajustement entrera en vigueur à compter du 1er décembre suivant.

En foi de quoi les parties ont signé ce 30e jour d' avril 1992.



MARC-YVAN CÔTÉ
MINISTRE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX



JEAN-GUY PRUD'HOMME
PRÉSIDENT
ASSOCIATION QUEBÉCOISE
PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES

AM E N D E M E N T N ° 1

A L'ENTENTE RELATIVE A L'ASSURANCE-MALADIE
INTERVENUE LE 30 AVRIL 1992 ENTRE LE MINISTRE
DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET
L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES

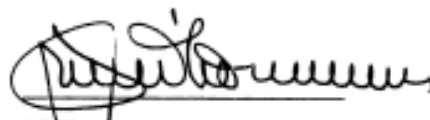
A M E N D E M E N T N ° 1
A L'ENTENTE RELATIVE A L'ASSURANCE-MALADIE
INTERVENUE LE 30 AVRIL 1992 ENTRE LE MINISTRE
DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET
L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES

LES PARTIES CONVIENNENT DE CE QUI SUIT:

1. L'article 14.01 de l'entente est remplacé par celui ci-joint.
2. L'annexe III est remplacé par celui ci-joint.
3. La lettre d'entente no 2 est modifiée en remplaçant le pourcentage de 6,30% apparaissant aux paragraphes 1er, 5e et 7e par 3,75%.
4. Le présent amendement entre en vigueur le 1er décembre 1993.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Montreal le 2^e jour de Mai 1994.

LUCIENNE ROBILLARD
Ministre
Ministère de la Santé
et des Services sociaux



JEAN-GUY PRUD'HOMME
Président
Association Québécoise des
pharmaciens propriétaires

ENTENTE

ENTRE

**L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES**

ET LE

MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les parties conviennent de ce qui suit :

1. L'Entente est remplacée par l'Entente ci-jointe qui entre en vigueur 90 jours après la date de la signature.
2. Les annexes I, IV V VI et VII sont reconduites. Les annexes II, III, et VIII sont remplacées.
3. La lettre d'entente suivante est abrogée :
 - no 3 du 21 mars 2007 ;
4. Les lettres d'entente suivantes sont reconduites :
 - no 1, no 2 et no 4 du 21 mars 2007 ;
5. Les lettres d'ententes no 3 et no 5 sont introduites.
6. Les tarifs suivants s'appliquent pour la prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence à partir du :

1 ^{er} avril 2012 :	17,37 \$
1 ^{er} avril 2013 :	17,67 \$
1 ^{er} avril 2014 :	18,02 \$
7. Les tarifs suivants s'appliquent pour les frais d'emballage pour le transport des thérapies parentérales et solutions ophtalmiques à partir du :

1 ^{er} avril 2012 :	5,53 \$
1 ^{er} avril 2013 :	5,63 \$
1 ^{er} avril 2014 :	5,74 \$
8. Pour les fins d'une éventuelle majoration des tarifs prévus au point 1A de l'Annexe III, lors du renouvellement de l'Entente prenant échéance le 31 mars 2015, il sera pris en compte une précision à quatre (4) décimales en l'occurrence : 0,2987 \$ et 0,2790 \$ respectivement pour le tarif avant et après plafond.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 17^e jour de août 2012

Lettre d'entente no 1

Les parties s'entendent pour créer un comité de suivi composé de trois (3) représentants nommés par l'Association et de trois (3) représentants nommés par le Ministre ; chaque partie assume les frais de ses représentants.

Ce comité aura pour mandat de suivre l'évolution des coûts des services couverts par l'entente et les ententes particulières notamment en ce qui concerne :

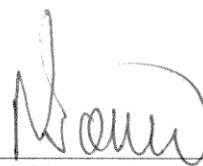
- le service chronique de moins de sept (7) jours, de sept (7) jours et de huit (8) à vingt-sept (27) jours ;
- le service du pilulier ;
- le transport des thérapies parentérales ;
- la pharmacothérapie initiale ;
- l'opinion pharmaceutique ;
- le refus d'exécuter une ordonnance ;
- la transmission d'un profil.

Ce comité aura également pour mandat lorsque l'évolution des coûts d'un service croît à un rythme plus rapide que celui anticipé selon la tendance historique observée, de recommander aux parties les mesures requises pour corriger la situation dans les plus brefs délais. Pour les coûts du service du pilulier, les parties s'entendent pour fixer à 25 % de l'ensemble du coût des services le pourcentage au-delà duquel la croissance du coût des services du pilulier aura été plus rapide que la tendance historique.

EN FOI DE QUOI, les parties ont signé à Québec ce 17^e jour de août 2012.



Yves Bolduc
Ministre
Ministère de la Santé et
des Services sociaux



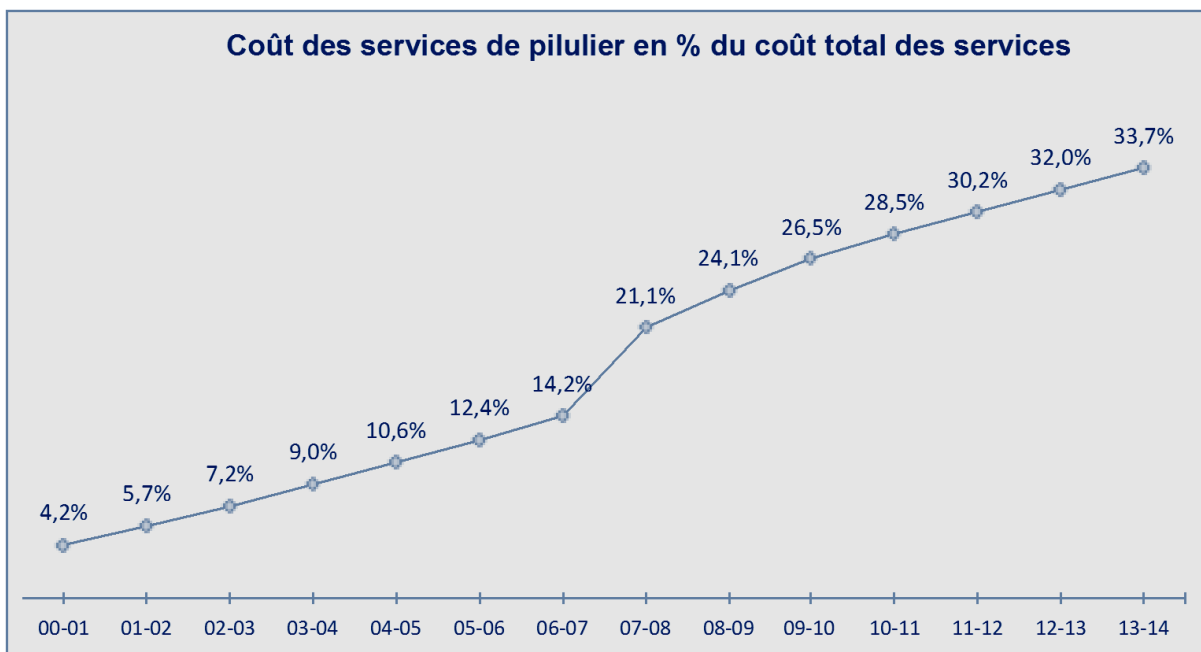
Normand Bonin
Président
Association québécoise des
pharmaciens propriétaires

**EXTRAIT DU TÉMOIGNAGE DU SOUS-MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES
SERVICE SOCIAUX RENDU LORS DE SON AUDITION DEVANT LA
COMMISSION DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE
LE MERCREDI 16 NOVEMBRE 2005 – VOL. 38 NO 29.**

« Pour le ministère, qu'est-ce qui est le plus important: soutenir les clientèles vulnérables et voir à la meilleure utilisation des médicaments. Le refus de l'utilisation du pilulier pour des critères administratifs de l'entente, comme si on avait dit: Bien, on dépasse de 3,5 %, ça aurait pu amener des conséquences au niveau de la santé de ces personnes-là et des répercussions importantes aussi sur le système de santé, par exemple, le fait que la personne a des effets secondaires de ne pas avoir pris ou de trop avoir pris des médicaments, les avoir mal pris et se retrouver à l'urgence.

Si on avait appliqué l'entente telle qu'elle est rédigée actuellement, on aurait pu observer les conduites suivantes. On aurait pu soit avoir un refus de la part du pharmacien de remplir le pilulier, donc la personne aurait été dans une situation vulnérable, ou on aurait pu avoir une augmentation des ordonnances de séjour. Donc, le pharmacien, jugeant que la personne a été vulnérable, le pilulier, on ne peut plus l'utiliser à cause de l'entente, donc on se rabat sur donner moins de médicaments à la fois. Et, à ce moment-là, les honoraires mensuels auraient été de 31,20 \$ par mois plutôt que de 15,32 \$. Il faut se rappeler que, pour le renouvellement d'une ordonnance, c'est 7,80 \$, et l'utilisation du pilulier mensuellement, c'est 15,32 \$. Donc, à ce moment-là, quatre fois 7,80 \$ plutôt que d'avoir le pilulier, d'un côté, on aurait pu avoir des effets négatifs sur la santé et, d'un autre côté, on aurait pu avoir... ne pas avoir d'économies et avoir une dépense supplémentaire. »

COÛT DES SERVICES DE PILULIER EN % DU COÛT TOTAL DES SERVICES ENTRE 2000 ET 2014



Source : données RAMQ

Cette progression s'explique essentiellement par deux principaux facteurs :

- les tendances lourdes sous-jacentes à l'évolution de la demande pour les services de piluliers, soit l'importance grandissante de la population des personnes âgées de 65 ans et la croissance de leur consommation individuelle de services;
- les changements survenus dans l'entente en 2007-2008 et qui ont eu un impact important sur l'utilisation des piluliers par la suite.