

RAPPORT FINAL D'ENQUÊTE

CONCERNANT L'UTILISATION DU PROGRAMME

D'ANALYSE DE CONSOMMATION DES MÉDICAMENTS (PACM)

D'ESI CANADA

PAR LA CAPITALE, ASSURANCES DE PERSONNES INC.

DOSSIER 04 04 82

Avril 2005

Claude Francoeur  
Isabelle Gosselin

## Table des matières

|  |    |
|--|----|
| 1. Origine de l'enquête.....   | 1  |
| 2. Mandat d'enquête.....   | 1  |
| 3. Personnes contactées.....   | 2  |
| 4. Déroulement de l'enquête.....   | 2  |
| 5. Faits.....  | 2  |
| 5.1 Lorsque le patient fait lui-même ses réclamations auprès de sa compagnie d'assurance<br>(demande de remboursement papier)..... | 3  |
| 5.2 Lorsque le patient demande le remboursement de ses médicaments en temps réel .....   | 4  |
| 5.3 Conservation des renseignements.....   | 7  |
| 6. Analyse.....  | 7  |
| 6.1 Les demandes de prestations.....   | 7  |
| 6.2 Respect des caractéristiques d'un consentement .....   | 9  |
| 6.3 Exception quant à la nécessité d'un consentement pour la communication des cas<br>d'interaction médicamenteuse.....            | 11 |
| 6.4 L'utilisation et la conservation des renseignements recueillis.....  | 12 |
| 7. Conclusion.....   | 13 |
| 8. Analyse des commentaires.....   | 14 |
| 8.1 Constat préliminaire 1.....  | 14 |
| 8.2 Constat préliminaire 2.....  | 14 |
| 8.3 Constat préliminaire 3.....  | 15 |
| 8.4 Constat préliminaire 4.....  | 16 |
| 8.5 Constat préliminaire 5.....  | 17 |
| 8.6 Constat préliminaire 6.....  | 19 |
| 9. Conclusion finale.....  | 20 |
| 10. Recommandations finales.....   | 20 |

## 1. Origine de l'enquête

Le 12 août 2003, la Commission d'accès à l'information recevait un courriel d'une personne assurée<sup>1</sup> par La Capitale assurances de personnes inc. (ci-après La Capitale), par lequel elle désirait porter à l'attention de la Commission une communication de son employeur relative à son régime d'assurance médicament. À cette communication était joint un message de La Capitale, dont copie est jointe à l'annexe 1. Le courriel de la plaignante a été référé à la Direction de l'analyse et de l'évaluation (ci-après DAE) pour examen.

Le message de La Capitale visait à informer les participants aux régimes collectifs d'assurance médicament qu'ils bénéficieraient, en date du 30 juin 2003, du « *Programme d'analyse de consommation des médicaments* » (PACM) lors de l'utilisation des services d'une pharmacie au Québec. Ce programme est fourni par ESI Canada, une entreprise qui agit comme adjudicateur entre les assureurs et les professionnels de la santé dans le traitement des réclamations de soins de santé en temps réel.

Après étude des documents fournis par la personne assurée, des renseignements additionnels visant la communication aux pharmaciens de renseignements personnels relatifs à la consommation de médicaments furent demandés à La Capitale. Une réponse accompagnée de certains documents fut obtenue de M<sup>e</sup> A, avocat de La Capitale. Cette dernière est à l'effet que la transmission de données sur la consommation de médicaments est autorisée par le formulaire d'autorisation signé par la plaignante, dont copie est jointe à l'annexe 2.

Le 26 mars 2004, M<sup>me</sup> B, pharmacienne aux Services cliniques, ESI Canada, transmettait par courriel à la DAE des précisions additionnelles concernant, entre autres, les différents messages transmis par le PACM.

Après analyse de ces correspondances et échanges avec différents intervenants dans le dossier, dont M<sup>e</sup> A pour La Capitale et M<sup>me</sup> C pour ESI, la DAE est arrivée à la conclusion que la Commission devait procéder à une enquête plus élargie pour examiner les modalités de fonctionnement du programme mis en place en fonction des dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, ci-après *Loi sur le secteur privé*.

## 2. Mandat d'enquête

Le mandat qui suit a été confié à M. Claude Francoeur et M<sup>me</sup> Isabelle Gosselin le 5 avril 2004 :

- ✚ étudier les modalités de fonctionnement du PACM;

---

<sup>1</sup> Article 1.14 du contrat d'assurance collective : « *Un participant ou l'une ou l'autre de ses personnes à charge assuré en vertu de ce contrat* ».

- ✚ examiner le flux d'information entre les différents acteurs impliqués (patient, pharmacien, assureur, mandataire) notamment à l'aide de panneaux d'écrans, et ce, aux différentes étapes de vie de l'information<sup>2</sup>;
- ✚ identifier les écarts et leurs justifications s'il y a lieu;
- ✚ valider les résultats obtenus aux étapes précédentes en les comparant avec un certain nombre d'ordonnances;
- ✚ déterminer si les actions posées sont conformes aux principes de protection des renseignements personnels prévus par la Loi sur le secteur privé.

### 3. Personnes contactées

- ✚ M<sup>e</sup> A, avocat pour La Capitale, assurances de personnes inc.;
- ✚ M<sup>e</sup> D, avocate pour La Capitale, assurances de personnes inc.;
- ✚ M. E, directeur de l'administration, assurance collective, pour La Capitale, assurances de personnes inc.;
- ✚ M<sup>me</sup> C, directrice principale régionale d'ESI Canada;
- ✚ M<sup>me</sup> F, Privacy officer et vice-présidente au service corporatif chez ESI Canada.

### 4. Déroulement de l'enquête

Le déroulement de l'enquête est présenté à l'annexe 3.

### 5. Faits

Le 20 décembre 2002, M<sup>me</sup> C informait M. G, directeur général de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, qu'ESI avait reçu l'approbation de l'Ordre des pharmaciens afin d'implanter le PACM dans les pharmacies du Québec. Le 17 juin 2003, elle l'informait que le programme en question serait mis en application le 30 juin suivant.

Le 30 juin 2003, ESI mettait en place pour La Capitale le PACM à l'intention des participants au régime d'assurance collective.

Selon La Capitale, ce programme d'analyse de consommation des médicaments ne vérifierait pas seulement « *l'admissibilité et les données du régime* », mais permettrait de « *transmettre des messages d'avertissement, tels que médicament en double (même pharmacie ou autre pharmacie), renouvellement hâtif, interaction médicamenteuse, traitement en double (même pharmacie ou autre pharmacie)* ». La vérification couvrirait tous les médicaments actifs soumis et acceptés pour une même personne assurée peu importe la pharmacie à l'origine de la réclamation.

---

<sup>2</sup> Les différentes étapes de vie d'une information correspondent à la collecte, la communication, l'utilisation, la conservation et la destruction.

Afin d'adhérer à un programme d'assurance collective de La Capitale, toute personne doit signer le formulaire d'adhésion, dont copie est jointe à l'annexe 2, lequel contient une autorisation. Cette autorisation est donnée pour cinq objets distincts, soit permettre à :

- ✚ son employeur de **déduire de son salaire les cotisations requises**;
- ✚ La Capitale et le responsable du régime **d'utiliser son numéro d'assurance sociale** pour fins d'identification et d'administration;
- ✚ **tout médecin**, tout autre professionnel et intervenant dans le domaine de la santé et de la réadaptation, ainsi que tout établissement public ou privé de santé et services sociaux, toute compagnie d'assurance, de même que tout assureur, tout organisme public ou privé, toute agence de renseignements qui aurait reçu tel mandat, tout intermédiaire de marché, tout employeur ou ex-employeur, le preneur ainsi que toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à son sujet, le cas échéant, de **fournir à La Capitale ou à ses mandataires** tous les renseignements nécessaires au traitement de son dossier;
- ✚ La Capitale de **communiquer** ses renseignements aux personnes mentionnées ci-dessus, lorsque nécessaire, dans le cadre de ses activités et du traitement de son dossier;
- ✚ expressément le preneur, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de sa succession, en cas de décès, de **fournir à La Capitale** ou à ses mandataires, lorsque requis, tous les renseignements ou autorisations permettant le traitement de son dossier.

Il est à noter que la signature apposée sur l'autorisation vaut autant pour les cas d'assurance maladie de base, pour les régimes optionnels, tels que maladie complémentaire et soins dentaires que pour l'assurance vie optionnelle du participant et de ses personnes à charge<sup>3</sup>. C'est donc la même autorisation qui est signée que la personne adhère ou non aux différents régimes optionnels et que ses personnes à charge soient assurées ou non.

Pour bien comprendre la situation à étudier dans le cadre de la présente enquête, il convient de distinguer le cas où un assuré demande le remboursement de ses médicaments en temps réel de celui où l'assuré effectue lui-même sa demande de remboursement auprès de La Capitale.

### **5.1 Lorsque le patient fait lui-même ses réclamations auprès de sa compagnie d'assurance (demande de remboursement papier)**

Certaines personnes peuvent choisir de payer elles-mêmes leurs médicaments et de réclamer ensuite le remboursement à La Capitale. Les assurés transmettent alors à leur assureur les mêmes renseignements que ceux que leur pharmacien aurait communiqués à La Capitale avant l'utilisation du PACM ou lors de l'utilisation du PACM.

---

<sup>3</sup> Article 1.13 du contrat d'assurance collective : « *Le conjoint ou l'enfant à charge d'un participant* ».

Toutefois, ces personnes peuvent extraire de leur réclamation les médicaments pour lesquels elles ne sont pas assurées ainsi que ceux pour lesquels elles ne désirent pas obtenir de remboursement, et ce, peu importe le motif.

Pour ce type de réclamations, l'enquête révèle que tous les renseignements communiqués par les assurés à La Capitale sont ensuite communiqués par cette dernière à ESI. La Capitale affirme communiquer ces renseignements dans l'éventualité où les assurés choisiraient dans le futur d'opter pour la réclamation en temps réel.

## 5.2 Lorsque le patient demande le remboursement de ses médicaments en temps réel

Avant l'implantation du PACM, le pharmacien pouvait déjà, à la demande de son client, faire les réclamations en temps réel auprès de La Capitale par l'entremise d'ESI Canada. En effet, le client n'avait qu'à présenter sa carte d'assuré au moins une première fois<sup>4</sup>.

Le PACM, introduit le 30 juin 2003, vient ajouter un aviseur pharmacothérapeutique au système de réclamations en temps réel. Cet aviseur transmet des messages, tels que médicament en double, traitement en double, interaction médicamenteuse et renouvellement hâtif. Il appartient à l'assureur de choisir les messages pour lesquels il désire procéder à une vérification.

Le PACM permet également aux assureurs d'utiliser le contrôle d'allergies. Toutefois, comme la collecte de l'information sur les allergies des patients est difficile dans le contexte de l'assurance collective, cette flexibilité offerte par ESI est rarement utilisée et ne l'est d'ailleurs pas par La Capitale.

L'aviseur pharmacothérapeutique du PACM est semblable aux aviseurs déjà utilisés par 96 % des pharmaciens<sup>5</sup>. Il se distingue cependant par le fait qu'il prend en compte dans son analyse, non seulement les médicaments délivrés dans une même pharmacie, mais également ceux délivrés dans des pharmacies différentes<sup>6</sup>.

Selon les informations obtenues par ESI, les messages « *traitement en double et interaction médicamenteuse* » ne sont plus communiqués par le PACM à l'intérieur d'une même pharmacie depuis le 1<sup>er</sup> mai 2004 en raison de la duplication des messages qu'ils entraînent avec les aviseurs pharmacothérapeutiques déjà utilisés par plusieurs pharmaciens. Le message « *médicament en double* » dans une même pharmacie est, quant à lui, toujours utilisé, et ce, même s'il y aurait aussi duplication de messages pour ce cas-ci.

---

<sup>4</sup> Les fois suivantes, l'adhérent n'aura pas à présenter sa carte puisque le pharmacien l'aura enregistrée dans son système. Ceci pourrait toutefois avoir comme conséquence par exemple que la communication se fasse alors qu'elle n'aurait pas dû être faite parce que le patient n'est plus assuré avec cette compagnie.

<sup>5</sup> À titre d'exemple, l'aviseur thérapeutique utilisé dans les pharmacies Jean Coutu se nomme « *Vigilance clinique* ».

<sup>6</sup> Après vérification auprès de bannières importantes, les enquêteurs ont pu constater qu'au moins deux bannières pour lesquelles l'aviseur pharmacothérapeutique pouvait prendre en compte les médicaments obtenus dans d'autres succursales. En effet, dans les pharmacies Jean Coutu, les pharmaciens peuvent avoir accès aux renseignements des autres succursales avec le consentement des personnes et, récemment, les pharmacies Racine ont, elles aussi, centralisé les données de toutes leurs succursales.

Le tableau suivant illustre la compréhension des enquêteurs relativement à l'analyse qui peut être effectuée par le PACM.

| Provenance                        | Même pharmacie | Autre pharmacie                        |
|-----------------------------------|----------------|--|
| Type de messages                  |                |  |
| Interaction médicamenteuse        | Non            | Oui                                    |
| Médicament en double <sup>7</sup> | Oui            | Oui                                    |
| Traitement en double              | Non            | Oui depuis le 1 <sup>er</sup> mai 2004 |

Pour utiliser le PACM pour un groupe d'assurés donné, l'assureur doit indiquer le niveau de validation en temps réel qu'il souhaite. Si l'assureur choisit d'accepter la réclamation, le message ne sera qu'informationnel, alors qu'il s'agira d'un message de rejet dans les cas où l'assureur refuserait le paiement. Dans ces derniers cas, le pharmacien pourra outrepasser ce refus en forçant l'acceptation de la réclamation par l'utilisation de codes d'intervention définis dans les standards CPhA (Canadian Pharmacists Association) de transmission des réclamations (annexe 4).

Lorsqu'une réclamation est transmise en temps réel par un pharmacien, le PACM analyse l'historique du patient en matière d'ordonnances ainsi que d'autres données sur les médicaments, notamment la possibilité d'interactions. Dans le cas de La Capitale, si le système décèle des problèmes potentiels, il envoie des messages de rejet, énoncés précédemment, accompagnés de certaines précisions. À l'exception du renouvellement hâtif, ces messages sont toujours accompagnés du nom du médicament, de la posologie ainsi que de la date d'exécution de l'ordonnance (voir annexe 5).

M<sup>me</sup> F explique dans sa correspondance du 21 mai 2004 chacun de ces messages ainsi :

- ✚ « *Médicament en double ou renouvellement hâtif - même pharmacie (MW) : Cette fonction vérifie dans le dossier du patient si un médicament identique, en terme d'ingrédients, de teneur et de forme pharmaceutique, a été délivré par cette pharmacie. Si le même médicament est décelé et que les deux tiers de la durée de traitement ne sont pas écoulés, le pharmacien reçoit en temps réel un message à cet effet. Le message lui indiquera qu'il s'agit d'un médicament en double et lui fournira le nom de ce médicament, la quantité et la date d'exécution de l'ordonnance initiale. »*
- ✚ « *Médicament en double ou renouvellement hâtif – autre pharmacie (MY) : Idem que pour MW, lorsque l'ordonnance initiale a été délivrée dans une pharmacie différente. »*
- ✚ « *Traitement en double – même pharmacie (MX) : Cette fonction n'est pas activée en raison de la duplication des messages qu'elle entraînerait avec les aviseurs thérapeutiques internes des pharmacies. »*
- ✚ « *Traitement en double – autre pharmacie (MZ) : Cette fonction vérifie dans le dossier du patient si le médicament délivré appartient à la même classe thérapeutique qu'un*

<sup>7</sup> Le message médicament en double comprend renouvellement hâtif.

*médicament couramment utilisé par le patient. Dans un tel cas, le système transmettra un message au pharmacien indiquant qu'il s'agit d'un traitement en double et lui indiquera le nom du médicament, la quantité et la date d'exécution de l'ordonnance initiale. Il est à noter que cette fonction n'a été activée pour les assurés de La Capitale qu'à partir du 1<sup>er</sup> mai 2004. ESI ne peut donc pas fournir de statistique pour le moment. »*

✚ *« Interaction médicamenteuse (ME) : Un tel message est émis uniquement dans les cas d'interactions de gravité 1, c'est-à-dire les cas d'interactions médicamenteuses susceptibles de mettre la vie du patient en danger ou encore de causer des séquelles permanentes à son état de santé. Le message indiquera aux pharmaciens qu'il y a interaction médicamenteuse, donnera le nom du médicament, la quantité et la date d'exécution de l'ordonnance antérieure. Le pharmacien sera alors en mesure d'évaluer la nature de l'interaction et de décider des mesures appropriées à prendre. Il est à noter que le système ne considère que les ordonnances dont la durée de traitement n'est pas écoulée. »* De plus, dans une note de bas de page, M<sup>me</sup> F ajoute : *« Il est à noter que durant la période d'extraction de ces statistiques, cette fonction était activée pour l'ensemble des interactions médicamenteuses sévères, et ce, qu'elles proviennent de la même pharmacie ou d'une pharmacie différente. Depuis le 1<sup>er</sup> mai dernier, elle n'est activée que lorsque la seconde ordonnance (ordonnance « B ») est présentée dans une pharmacie différente de celle où a été présentée l'ordonnance initiale (ordonnance « A ») ».*

À noter que les enquêteurs ont constaté une divergence au sujet du message « *interaction médicamenteuse* » entre la correspondance de M<sup>me</sup> F et celle de M<sup>me</sup> C. Dans la documentation que M<sup>me</sup> C a transmise à M<sup>c</sup> A le 22 octobre 2003, il est mentionné dans la colonne intitulée « *message d'information ou d'avertissement* » : « *Information ou avertissement (actuellement message d'avertissement pour les cas de niveau de gravité 1 et 2; pour tous les autres cas, message d'information)* » alors que dans la lettre de M<sup>me</sup> F du 21 mai 2004, on peut lire en début de page 3 « *Un tel message (interaction médicamenteuse) est émis uniquement dans les cas d'interactions de gravité 1...* ».

Le tableau qui suit présente le nombre de messages de rejet transmis aux pharmaciens entre le 1<sup>er</sup> août 2003 et le 31 mars 2004. On peut constater que le nombre de messages d'interaction médicamenteuse diffère d'un rapport à l'autre. Dans le rapport transmis le 4 mai 2004, il n'y a aucun message d'interaction médicamenteuse alors que dans celui du 21 mai, il y en a 5 180. Il y a aussi des différences pour les messages médicament en double même pharmacie et médicament en double autre pharmacie.



**Nombre de messages de rejet transmis aux pharmaciens  
entre le 1<sup>er</sup> août 2003 et le 31 mars 2004**

| <b>Messages</b>                                    | <b>Date du rapport</b> | <b>Rapport<br/>Du 4 mai 2004</b> | <b>Rapport<br/>Du 21 mai 2004</b> |
|--|------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Interaction médicamenteuse ME</b>               |                        | 0                                | 5 180                             |
| <b>Médicament en double<br/>Même pharmacie MW</b>  |                        | 8 875                            | 12 510                            |
| <b>Médicament en double<br/>Autre pharmacie MY</b> |                        | 2 350                            | 3 295                             |
| <b>Traitement en double<br/>Même pharmacie MX</b>  |                        | 0                                | 0                                 |
| <b>Traitement en double<br/>Autre pharmacie MZ</b> |                        | 0 <sup>8</sup>                   | 0 <sup>9</sup>                    |

Pour les fins de l'enquête, les enquêteurs ont retenu le rapport le plus récent, soit celui du 21 mai 2004.

### **5.3 Conservation des renseignements**

La durée de conservation des renseignements personnels par ESI et La Capitale et concernant des personnes qui ne sont plus assurées est indéterminée.

La durée de conservation des demandes de paiement effectuées par l'entremise des pharmaciens ou par les assurés, lors d'une réclamation soumise directement par un assuré, est aussi indéterminée.

## **6. Analyse**

### **6.1 Les demandes de prestations**

Tel que mentionné précédemment, la demande de remboursement de médicaments peut se faire de deux façons : en remplissant un formulaire ou en faisant une demande de paiement en temps réel par l'intermédiaire d'un pharmacien.

Dans le premier cas, l'assuré doit faire parvenir au bureau principal de La Capitale un formulaire de demande de prestations dûment rempli, signé et daté. À ce formulaire doivent être joints les factures originales et les reçus officiels des frais réclamés. La Capitale communique à ESI les renseignements ainsi obtenus de l'assuré dans l'éventualité où l'assuré choisirait éventuellement d'opter pour le système de réclamation en temps réel. Ainsi, ces renseignements ne seraient pas nécessaires pour ESI tant qu'un assuré n'opte pas pour le système de réclamation en temps réel.

<sup>8</sup> Les enquêteurs s'interrogent à l'effet qu'en avril 2003, il y aurait eu deux messages de rejet « traitement en double autre pharmacie » alors que ce message n'aurait été activé qu'à partir du 1<sup>er</sup> mai 2004.

<sup>9</sup> Il est à noter que cette fonction n'a été activée pour les assurés de La Capitale qu'à partir du 1<sup>er</sup> mai 2004. Il n'y a donc aucune statistique disponible pour le moment.

Dans le deuxième cas, soit lors de remboursement en temps réel, l'adhérent n'a qu'à présenter sa carte ou attestation d'assurance collective comprenant le numéro d'utilisateur au pharmacien. L'adhérent ne paiera alors que la seule partie du médicament pour laquelle il n'est pas couvert et le paiement de la partie remboursable se fera de façon automatique par La Capitale. L'effet pour un adhérent de présenter sa carte à un pharmacien peut équivaloir à un consentement tel que prévu à l'article 15 de la Loi sur le secteur privé.

*15. Le consentement à la communication par un tiers de renseignements personnels peut être donné par la personne concernée à la personne qui les recueille auprès de ce tiers.*

En vertu de cet article, une personne assurée pourrait donner son consentement au pharmacien pour la communication de renseignements par La Capitale.

Par ailleurs, M<sup>me</sup> F, d'ESI Canada, affirme que l'objectif du PACM est double :

- ✚ faciliter et optimiser la gestion de réclamations d'assurance qui sont présentées aux assureurs utilisant le programme;
- ✚ déceler des problèmes pharmacothérapeutiques potentiels et ainsi protéger la vie et la santé des assurés.

En tant qu'assureur, le cadre des activités de La Capitale est de payer à tout adhérent toute demande de prestations qu'il présente, lui-même ou par l'entremise d'un pharmacien, dans les douze mois suivant la date à laquelle les frais admissibles ont été engagés<sup>10</sup>, pour lui-même ou ses personnes à charge, selon les modalités de la couverture.

Pour ce faire, La Capitale doit s'assurer que les frais admissibles sont raisonnables selon la gravité du cas et qu'ils ont été engagés par une personne assurée à la suite d'un accident, d'une maladie, d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale reliée à la planification familiale<sup>11</sup>. Enfin, La Capitale doit s'assurer également de ne pas payer en double.

Il ressort de ce qui précède que le véritable objet d'un contrat d'assurance est l'administration et la gestion des réclamations d'assurance et que, par conséquent, le consentement que pourrait donner un assuré en présentant sa carte ne pourrait valoir que pour cet objet, lequel est uniquement rempli par les messages « médicament en double » et « traitement en double » qui ont pour conséquence que les médicaments ne seront pas payés. Par ailleurs, l'objectif de déceler des problèmes pharmacothérapeutiques qui correspond au message « interaction médicamenteuse » ne relèverait pas du rôle de La Capitale.

---

<sup>10</sup> Contrat d'assurance collective, art. 3.6.

<sup>11</sup> Contrat d'assurance collective, art. 3.

### Constat préliminaire 1

La Capitale ne pourrait pas, avant que l'assuré ait opté pour le système de réclamation en temps réel, communiquer à ESI les renseignements obtenus de l'assuré lorsqu'il demande son remboursement à l'aide du formulaire de prestation.

### Constat préliminaire 2

Du point de vue de l'adhérent, l'effet de présenter sa carte à un pharmacien peut équivaloir à un consentement conforme à la loi.

### Constat préliminaire 3

Puisque le véritable objet d'un contrat d'assurance est l'administration et la gestion des réclamations d'assurance, le consentement que pourrait donner un assuré en présentant sa carte ne pourrait valoir que pour cet objet, lequel est uniquement rempli par les messages « médicament en double » et « traitement en double ».

## 6.2 Respect des caractéristiques d'un consentement

Au surplus et malgré l'analyse qui précède, il convient tout de même de rappeler les propos de M<sup>e</sup> A à l'effet que l'autorisation contenue au formulaire d'adhésion justifierait la communication de renseignements personnels au pharmacien, c'est-à-dire la transmission des messages « traitement en double », « médicament en double » et « interaction médicamenteuse ».

Tout d'abord, il convient de préciser que, hormis quelques exceptions prévues aux articles 18, 18.1 et 18.2 de la Loi sur le secteur privé, la communication de renseignements personnels nécessite le consentement de la personne concernée, et ce, conformément à l'article 13 de la Loi sur le secteur privé.

*13. Nul ne peut communiquer à un tiers les renseignements personnels contenus dans un dossier qu'il détient sur autrui ni les utiliser à des fins non pertinentes à l'objet du dossier, à moins que la personne concernée n'y consente ou que la présente loi le prévoie.*

Il convient aussi de préciser que le consentement prévu à l'article 13 doit présenter les caractéristiques prescrites à l'article 14 de la Loi sur le secteur privé.

**14.** *Le consentement à la communication ou à l'utilisation d'un renseignement personnel doit être manifeste, libre, éclairé et donné à des fins spécifiques. Ce consentement ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles il a été demandé.*

*Un consentement qui n'est pas donné conformément au premier alinéa est sans effet.*

Il est généralement compris que le consentement doit comporter les caractéristiques suivantes :

- + manifeste : évident, certain et indiscutable;
- + libre : être donné sans contrainte;
- + éclairé : précis, rigoureux et spécifique. Il doit indiquer quels renseignements seront communiqués, à qui, pourquoi et comment et quelles en seront les conséquences;
- + être donné à des fins spécifiques : « *Ce critère est souvent discuté avec celui du caractère éclairé du consentement. La Commission considère que plus le libellé est spécifique (quels renseignements seront communiqués, à qui, par qui et pourquoi), plus le consentement sera éclairé.*<sup>12</sup> »;
- + pour la durée nécessaire à la réalisation des fins pour lesquelles il a été demandé : la durée ne sera pas nécessairement reliée à un nombre de jours, de mois ou d'années spécifique, mais pourra aussi faire référence à un événement déterminé ou à une situation précise.

Parmi les caractéristiques du consentement énoncées précédemment, deux d'entre elles ne semblent pas être respectées, soit les caractères « éclairé » et « donné à des fins spécifiques ».

Les caractéristiques « éclairé » et « donné à des fins spécifiques » ne seraient pas respectées puisque, tel que mentionné dans la section traitant des faits, le consentement est donné pour cinq objets différents. Il prévoit d'abord la question concernant le prélèvement par l'employeur des cotisations requises, lequel relève de l'application des lois générales et de la convention collective et devrait donc être séparé. Les autres objets de l'autorisation se rapportent à la cueillette, l'utilisation et la communication de renseignements. Ils consistent à permettre l'utilisation du numéro d'assurance sociale par La Capitale, la communication par différents intervenants à La Capitale de renseignements médicaux concernant l'assuré ainsi que la communication par La Capitale à ces mêmes intervenants de renseignements médicaux concernant aussi l'assuré. Finalement, l'autorisation prévoit la communication de renseignements par le preneur, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur en cas de décès de la personne assurée.

Dans un autre ordre d'idées, le formulaire d'adhésion s'applique, tel que mentionné dans la section sur les faits, tant à l'assurance maladie de base qu'aux régimes optionnels, tels que maladie complémentaire et soins dentaires que pour l'assurance vie optionnelle du participant, des personnes à charge et du conjoint. Ainsi, le consentement ne peut être qualifié d'éclairé et de donné

---

<sup>12</sup> DESBIENS, Lina et Diane Poitras, *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* et *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, textes annotés, 1996, p. 508.

à des fins spécifiques puisqu'il est donné de façon générale sans prendre en compte les régimes pour lesquels l'adhérent pourrait s'assurer.

Enfin, l'autorisation ne serait valable que pour la personne qui y adhère et non ses personnes à charge puisque le libellé de celle-ci comprend des expressions, telles que « à mon sujet » et « à mon dossier ». Est-ce qu'une personne peut consentir pour ses personnes à charge adultes? Dans la négative, comment La Capitale peut-elle par exemple communiquer des renseignements personnels sur le conjoint de l'adhérent si celui-ci n'a pas donné lui-même son consentement?

#### Constat préliminaire 4

L'argument de La Capitale à l'effet que l'autorisation prévue au formulaire d'adhésion puisse permettre la communication de renseignements personnels au pharmacien ne serait pas valable puisque l'autorisation donnée ne rencontre pas toutes les caractéristiques prévues à l'article 14 de la Loi sur le secteur privé. Ceci est autant valable pour l'adhérent que pour ses personnes à charge.

### **6.3 Exception quant à la nécessité d'un consentement pour la communication des cas d'interaction médicamenteuse**

Il convient aussi, dans le cadre de l'analyse du dossier, de prendre en considération les exceptions prévues à la Loi sur le secteur privé permettant la communication sans consentement. L'une d'elles se retrouve à l'article 18, paragraphe 7 et est invoquée par ESI pour justifier la communication de renseignements au pharmacien concernant les cas d'interaction médicamenteuse en provenance d'une autre pharmacie.

*18. Une personne qui exploite une entreprise, peut, sans le consentement de la personne concernée, communiquer un renseignement personnel contenu dans un dossier qu'elle détient sur autrui :*

*[...]*

*7° à une personne à qui cette communication doit être faite en raison d'une situation d'urgence mettant en danger la vie, la santé ou la sécurité de la personne concernée.*

*[...]*

L'exception prévue au paragraphe 7 de l'article 18 de la Loi sur le secteur privé pourrait potentiellement s'appliquer dans le cas de renseignements personnels détenus par un assureur. La Capitale considère que la situation de gravité 1 rencontrerait la disposition d'exception. Rappelons que dans la correspondance de M<sup>me</sup> C du 22 octobre 2003, le message interaction médicamenteuse était transmis également dans les cas de gravité 2, ce qui amène les enquêteurs à

se demander si, au cours de l'enquête, il n'y aurait pas eu cessation de l'envoi de messages « *interaction médicamenteuse* » pour les cas d'interaction de gravité 2. Cependant, l'application du paragraphe 7 de l'article 18 ne doit se faire que dans les cas où il y a véritablement une situation d'urgence mettant en danger la vie, la santé ou la sécurité de l'assuré pour justifier le fait que, dans une situation d'urgence, un assureur puisse communiquer à une pharmacie les cas d'interaction médicamenteuse (annexe 6).

Il n'y a pas d'élément de jurisprudence ou de doctrine dégageant les balises ou les paramètres de l'application de cette disposition. Cependant, comme il s'agit d'une exception, elle doit habituellement recevoir une interprétation restrictive.

À titre de référence, il est à noter que l'article 27 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* définit un cas d'urgence comme « *toute condition pathologique jugée par un professionnel de la santé comme devant requérir dans l'immédiat la dispensation de services assurés* ».

Par analogie, on pourrait conclure que cette exception ne serait applicable que dans le cas d'une situation imminente de danger mettant en cause la vie, la santé ou la sécurité de la personne concernée et non la situation où le danger serait hypothétique.

#### Constat préliminaire 5

La Capitale, pour communiquer systématiquement à une pharmacie les cas d'interaction médicamenteuse, sans le consentement de la personne, devra démontrer que les situations de gravité 1 ou autres sont effectivement des situations imminentes mettant en danger la vie, la santé ou la sécurité de la personne concernée.

## 6.4 L'utilisation et la conservation des renseignements recueillis

L'utilisation des renseignements est, entre autres, régie par l'article 12 de la Loi sur le secteur privé :

*12. L'utilisation des renseignements contenus dans un dossier n'est permise, une fois l'objet du dossier accompli, qu'avec le consentement de la personne concernée, sous réserve du délai prévu par la loi ou par un calendrier de conservation établi par règlement du gouvernement.*

En vertu de cet article, un renseignement devrait cesser d'être utilisé, sauf avec le consentement de la personne concernée, lorsque l'objet du dossier est accompli. Or, l'objet du dossier pour ESI, mandataire de La Capitale, est d'autoriser le paiement en temps réel des réclamations de produits pharmaceutiques des assurés en vérifiant les médicaments actifs acceptés pour une même personne assurée peu importe la pharmacie où origine la réclamation. Il en ressort donc

que, lorsqu'un médicament n'est pas assuré ou a fait l'objet d'un rejet pour médicament en double par exemple, ESI ne peut plus l'utiliser, sans le consentement de la personne concernée, et devrait, par conséquent, s'en départir, sous réserve du délai prévu par la loi ou par un calendrier de conservation.

À noter que selon l'article 10.2 du contrat d'assurance collective, une demande en justice au sujet d'une demande de prestation doit être intentée dans les 36 mois suivant la date d'engagement des frais. Les enquêteurs se questionnent quant au caractère nécessaire de la conservation des renseignements après ce délai.

Quant à La Capitale, l'objet du dossier est de créer son dossier et, par la suite, d'autoriser le paiement des réclamations de produits pharmaceutiques des assurés qui font eux-mêmes leur demande de remboursement. Par conséquent, lorsqu'un médicament n'est pas assuré, La Capitale ne devrait pas l'utiliser, sans le consentement de la personne concernée, et devrait donc s'en départir, sous réserve des exceptions prévues à l'article 12 de la Loi sur le secteur privé, soit du délai prévu par la loi, par un calendrier de conservation ou du délai de contestation prévu à l'article 10.2 du contrat d'assurance collective.

Pour tous les autres renseignements déjà colligés et qui ne sont plus nécessaires à l'objet du dossier, ESI et La Capitale devraient également cesser de les utiliser et s'en départir, sauf exceptions prévues à l'article 12 de la Loi sur le secteur privé, soit du délai prévu par la loi par un calendrier de conservation ou du délai de contestation prévu à l'article 10.2 du contrat d'assurance collective.

Finalement, rappelons qu'en cas de doute, le renseignement est réputé non nécessaire, tel que prescrit à l'article 9 *in fine* de la Loi sur le secteur privé.

**9. [...]**

*En cas de doute, un renseignement personnel est réputé non nécessaire.*

**Constat préliminaire 6**

ESI et La Capitale devraient, lorsqu'un médicament n'est pas assuré ou lorsqu'il fait l'objet d'un rejet pour médicament en double par exemple, cesser d'utiliser le renseignement et s'en départir puisque l'objet du dossier est devenu inexistant.

**7. Conclusion**

Les enquêteurs recommandent à la Commission de transmettre le rapport préliminaire d'enquête à La Capitale pour qu'elle puisse, le cas échéant, présenter ses commentaires au plus tard le 18 mars 2005.

---

Lors de son assemblée du 26 janvier 2005, la Commission acceptait la recommandation et transmettait la lettre, dont copie se retrouve à **l'annexe 7**, à M<sup>e</sup> A afin d'obtenir les commentaires de La Capitale. La Commission a obtenu, le 1<sup>er</sup> avril 2005, une réponse de la part de M<sup>e</sup> A à laquelle étaient joints les commentaires de La Capitale, rédigés par M. E, et les commentaires d'ESI, rédigés par M<sup>me</sup> F. Copies de ces correspondances sont jointes à **l'annexe 8**.

---

## **8. Analyse des commentaires**

Les enquêteurs entendent reprendre le même ordre de présentation que M. E et M<sup>me</sup> F pour présenter leurs commentaires sur un certain nombre de points abordés par ceux-ci.

### **8.1 Constat préliminaire 1**

**La Capitale ne pourrait, avant que l'assuré ait opté pour le système de réclamation en temps réel, communiquer à ESI les renseignements obtenus de l'assuré lorsqu'il demande son remboursement à l'aide du formulaire de prestation.**

À l'égard de ce premier constat, il est important de rappeler que, lors de la cueillette des faits, La Capitale avait affirmé communiquer ces renseignements dans l'éventualité où les assurés choisiraient d'opter pour la réclamation en temps réel.

Or, les prétentions de La Capitale et d'ESI sont maintenant à l'effet que La Capitale a donné à ESI un mandat de gestion et d'administration des réclamations d'assurance. Bien qu'aucune documentation n'ait été fournie à cet effet, les enquêteurs ne mettent pas en doute la vraisemblance de l'existence d'un tel mandat. Dans ce cas, ils comprennent qu'il serait nécessaire, pour ESI, au sens de la Loi sur le secteur privé, d'obtenir de La Capitale certaines informations relatives, notamment, aux réclamations soumises manuellement par les assurés. À cet effet, puisque l'information doit être centralisée en un point pour le calcul des accumulateurs, La Capitale transmet tous les soirs à ESI les informations nécessaires à ce calcul, dont les réclamations manuelles traitées initialement à l'interne par La Capitale.

### **8.2 Constat préliminaire 2**

**Du point de vue de l'adhérent, l'effet de présenter sa carte à un pharmacien peut équivaloir à un consentement conforme à la loi.**

M<sup>me</sup> F souscrit à ce constat ainsi que M. E en y ajoutant que « *(l)a carte que présente le client à son pharmacien est une carte d'identification par laquelle celui-ci manifeste d'une façon non équivoque son appartenance à un groupe déterminé d'assurés et son adhésion à un contrat*



*d'assurance collective déterminé. [...] le PACM ne peut être activé uniquement que si le client manifeste son accord au pharmacien en présentant sa carte ESI. ».*

Puisque M<sup>me</sup> F et M. E souscrivent à ce constat, les enquêteurs n'ont pas de commentaires à ajouter.

### **8.3 Constat préliminaire 3**

**Puisque le véritable objet d'un contrat d'assurance est l'administration et la gestion des réclamations d'assurance, le consentement que pourrait donner un assuré en présentant sa carte ne pourrait valoir que pour cet objet, lequel est uniquement rempli par les messages « médicament en double » et « traitement en double ».**

Relativement à ce constat, M<sup>me</sup> F considère, d'une part, qu'il « *résulte probablement d'une application un peu trop abstraite de la Loi. En effet, si on accepte que le fait pour un assuré de soumettre une ordonnance à un pharmacien afin que le traitement de sa demande soit effectué via le système de remboursement électronique constitue un consentement suffisant au sens de l'article 15 de la Loi, nous expliquons mal comment ce consentement pourrait être limité uniquement aux informations susceptibles d'entraîner des messages « traitement en double » et « médicament en double » mais non à des informations de même nature pouvant entraîner des messages de type « interaction médicamenteuse.* ».

D'autre part, M. E considère que « *l'objet du contrat d'assurance n'est pas uniquement l'administration et la gestion des réclamations d'assurance. C'est également l'adjudication selon les critères raisonnables non seulement du point de vue du coût mais aussi selon la science médicale. À cette fin, ESI et La Capitale dans leurs relations d'ultra bonne foi avec leurs clients, doivent aviser le client de tout danger d'interaction médicale puisque cette information est connue d'elles. Un client pourrait reprocher à La Capitale et à ESI son silence concernant cette interaction médicale sachant qu'elle était disponible.* ».

Malgré les commentaires qui précèdent, les enquêteurs croient que la question à poser n'est pas de savoir quels objectifs le PACM vise, mais plutôt de connaître quel est le véritable objet d'un contrat d'assurance ou quel est le véritable rôle de La Capitale dans un contrat d'assurance collective?

Tel que mentionné précédemment, les enquêteurs sont d'avis que, en tant qu'assureur, le cadre des activités de La Capitale est de payer à tout adhérent toute demande de prestations qu'il présente, lui-même ou par l'entremise d'un pharmacien, dans les douze mois suivant la date à laquelle les frais admissibles ont été engagés<sup>13</sup>, pour lui-même ou ses personnes à charge, selon les modalités de la couverture.

Pour ce faire, La Capitale doit s'assurer que les frais réclamés sont raisonnables selon la gravité du cas et qu'ils ont été engagés par une personne assurée à la suite d'un accident, d'une maladie,

---

<sup>13</sup> Contrat d'assurance collective, art. 3.6.

d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale reliée à la planification familiale<sup>14</sup>. Enfin, La Capitale doit s'assurer également de ne pas payer en double.

Ainsi, le véritable objet d'un contrat d'assurance est l'administration et la gestion des réclamations d'assurance et, par conséquent, le consentement que donne un assuré en présentant sa carte ne peut valoir que pour cet objet, lequel réfère uniquement aux messages « médicament en double » et « traitement en double ».

En fait, l'objectif de déceler des « interactions médicamenteuses » ne relève pas à l'origine du rôle d'un assureur comme La Capitale. En effet, aucune indication n'a été fournie par ESI ou La Capitale à l'effet qu'il s'agit d'une obligation légale, conventionnelle ou autre, d'autant plus que le choix d'utiliser le message « interaction médicamenteuse » revient à l'assureur plutôt qu'à un professionnel de la santé. Et s'il s'agissait d'une telle obligation, de quelle façon La Capitale justifierait le fait que le message n'est pas transmis à l'intérieur d'une même pharmacie?

Il est également difficile de concevoir que La Capitale puisse procéder à une adjudication en se référant uniquement au « Drug interaction facts » sans qu'elle n'ait fait les nuances appropriées auxquelles procèdent les médecins et les pharmaciens avant de décider de prescrire ou de ne pas prescrire un médicament ou d'exécuter ou de ne pas exécuter une ordonnance en raison d'une situation imminente mettant en danger la vie, la santé ou la sécurité de la personne concernée. Ainsi, il y a lieu d'inviter les intervenants à se questionner si la détermination d'une interaction médicamenteuse et sa dangerosité ne constituent pas des actes réservés aux professionnels de la santé.

Enfin, et compte tenu de ce qui précède, les enquêteurs sont d'avis qu'aucun des nouveaux éléments fournis par La Capitale et ESI ne permet de modifier le constat. Ils soutiennent donc que le consentement que donne un assuré en présentant sa carte à un pharmacien ne peut permettre à La Capitale de communiquer le message « interaction médicamenteuse », puisque ce dernier ne rencontre pas le véritable objet d'un contrat d'assurance, lequel vise l'administration et la gestion des réclamations d'assurance.

#### **8.4 Constat préliminaire 4**

**L'argument de La Capitale à l'effet que l'autorisation prévue au formulaire d'adhésion puisse permettre la communication de renseignements personnels au pharmacien ne serait pas valable puisque l'autorisation donnée ne rencontre pas toutes les caractéristiques prévues à l'article 14 de la Loi sur le secteur privé. Ceci est autant valable pour l'adhérent que pour ses personnes à charge.**

Concernant ce constat, M. E soutient d'abord que « *l'autorisation est claire, spécifique et qu'elle ne porte pas à confusion* ». Il ajoute que « *La Capitale est toutefois d'accord avec la Commission à l'effet que chaque autorisation donnée devrait faire l'objet d'un paragraphe*

---

<sup>14</sup> Contrat d'assurance collective, art. 3.

*distinct. Toutefois il convient également de mentionner que la forme du texte ne prévaut jamais sur le fond. Le texte de l'autorisation sera donc modifié en conséquence. ».*

À l'égard de ce qui précède, les enquêteurs réitèrent les propos tenus dans le cadre de leur analyse à l'effet que les caractéristiques « éclairé » et « donné à des fins spécifiques » ne seraient pas respectées puisque le consentement est donné pour cinq objets différents. Il prévoit d'abord la question concernant le prélèvement par l'employeur des cotisations requises. Les autres objets de l'autorisation se rapportent à la cueillette, l'utilisation et la communication de renseignements. Ils consistent à permettre l'utilisation du numéro d'assurance sociale par La Capitale, la communication par différents intervenants à La Capitale de renseignements médicaux concernant l'assuré ainsi que la communication par La Capitale à ces mêmes intervenants de renseignements médicaux concernant aussi l'assuré. Finalement, l'autorisation prévoit la communication de renseignements par le preneur, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur en cas de décès de la personne assurée.

Par ailleurs, tel que mentionné dans le cadre de la première analyse, le formulaire d'adhésion s'applique tant à l'assurance maladie de base qu'aux régimes optionnels, tels que maladie complémentaire et soins dentaires, que pour l'assurance vie optionnelle du participant, des personnes à charge et du conjoint. Ainsi, les enquêteurs considèrent qu'il serait difficile de qualifier le consentement actuel général d'éclairé et donné à des fins spécifiques.

En ce qui concerne la proposition de La Capitale de reformuler le formulaire d'autorisation de façon à ce que chaque autorisation donnée fasse l'objet d'un paragraphe distinct, les enquêteurs sont d'avis qu'une façon de procéder serait, par exemple, que chaque autorisation comprenne une case à cocher de façon à ce que l'adhérent soit face à un choix véritable.

Par ailleurs, les enquêteurs, dans le cadre du rapport, avaient soulevé certains questionnements quant au fait que l'autorisation serait valable que pour la personne qui y adhère et non ses personnes à charge adultes. Or, ni La Capitale, ni ESI ne les ont commentés.

En conséquence, les enquêteurs réitèrent les propos tenus dans le cadre de l'analyse, à savoir que l'autorisation ne serait valable que pour la personne qui y adhère, étant la seule à signer, et non ses personnes à charge adultes, puisque le libellé de l'autorisation comprend des expressions, telles que « à mon sujet » et « à mon dossier ». Ainsi, nous ne retrouvons pas de manifestation explicite du consentement des personnes à charge adultes.

## **8.5 Constat préliminaire 5**

**La Capitale, pour communiquer systématiquement à une pharmacie les cas d'interaction médicamenteuse, sans le consentement de la personne, devra démontrer que les situations de gravité 1 ou autres sont effectivement des situations imminentes mettant en danger la vie, la santé ou la sécurité de la personne concernée.**

À l'égard de ce constat, M<sup>me</sup> F écrit qu'« (i)l est vrai que tel que conçu, le PACM est en mesure d'envoyer des messages avertissant un pharmacien d'un risque d'interaction de gravité 2.

Toutefois, cette fonction n'a jamais été mise en vigueur pour aucun assureur québécois (dont La Capitale) et, par conséquent, nous tenons à confirmer que seules des interactions de gravité 1 entraînent un message de type « interaction médicamenteuse ».

Elle ajoute : « (p)ar ailleurs, nous ne pouvons qu'exprimer une certaine surprise quant à l'affirmation suivant laquelle c'est sur les épaules d'ESI que repose le fardeau de démontrer que les interactions de gravité 1 constituent effectivement des situations imminentes mettant en danger la vie, la santé ou la sécurité des personnes concernées. Nous tenons à vous réitérer que les interactions médicamenteuses pour lesquelles un pharmacien recevra un message sont uniquement celles de gravité 1, à savoir celles pour lesquelles le critère de sévérité est majeure, le délai d'action est rapide ou retardé et le niveau de documentation est établi ou probable. Suivant la référence « Drug interaction facts », édition Walters (sic) Kluwer Health Inc., 2004, ce type d'interaction est susceptible de mettre la vie du patient en danger ou encore de causer des séquelles permanentes à son état de santé. S'agissant de la référence par excellence en la matière, utilisée par les médecins et les pharmaciens tant aux États-Unis qu'au Canada, nous soumettons que cela constitue une preuve suffisante justifiant l'application du paragraphe 7 de l'article 18 de la Loi. ». Finalement, elle soutient avoir « des réserves avec l'argument suivant lequel cet article constituant une exception au principe général, il devrait être interprété de façon restrictive. En effet, s'agissant d'une question de santé publique, en cas de doute, nous soumettons qu'il est préférable de protéger la vie, la santé et la sécurité des assurés. ». (Les soulignés sont nôtres.)

Selon la documentation produite par Wolters Kluwer Health Inc. le « *Drug Interaction Facts covers more than 20,000 brand and generic drugs and more than 70 therapeutic classes. Drug significance ratings are also included. Ideal for pharmacists, physicians, nurse practitioners, physician's assistants, students, pharmacies and hospitals who need to keep current on drug interaction information.* ». Il ressort de cette citation que l'expertise concernant la compréhension et l'interprétation du « *Drug Interaction Facts* » revient davantage à des spécialistes, tels les médecins et les pharmaciens, et que ce livre de référence n'a vraisemblablement pas été conçu « *pour l'adjudication de frais considérés comme irraisonnables* ». Au surplus, bien que certains médicaments consommés avec d'autres puissent causer des interactions médicamenteuses de sévérité majeure, avec un délai d'action rapide ou retardé et un niveau de documentation établi ou probable, il devra être démontré dans chaque cas qu'il s'agit, au sens de la Loi sur le secteur privé, d'une « *situation d'urgence mettant en danger la vie, la santé ou la sécurité de la personne concernée* » et que le médicament faisant l'objet du message ne serait pas ordonné par le médecin ou exécuté par le pharmacien.

De plus, le PACM ne couvre que les médicaments actifs qui ont été payés par l'assureur pour une même personne, peu importe la pharmacie à l'origine de la réclamation. Or, il y a des cas, notamment les médicaments directement payés par l'assuré ou ceux non assurés, pour lesquels le message aurait pu être communiqué, selon le raisonnement de La Capitale, car le médicament aurait été susceptible de mettre la vie du patient en danger ou encore de causer des séquelles permanentes à son état de santé.

Finalement, La Capitale et ESI soutiennent que leur responsabilité pourrait être engagée « *si l'information requise pour protéger la santé et l'intégrité d'un adhérent ne lui était pas*

*transmise* ». Or, les enquêteurs invitent les intervenants à se questionner quant à la possibilité que leur responsabilité soit réellement engagée dans un contexte où l'assureur est libre de choisir s'il désire ou non procéder à la vérification du message « interaction médicamenteuse ». À cet égard, les enquêteurs réfèrent à la section des faits où il avait été mentionné qu'il appartient à l'assureur de choisir les messages pour lesquels il désire procéder à une vérification, lequel passage n'a pas été réfuté par ESI ou La Capitale.

Par conséquent, en l'absence d'un consentement valable, les enquêteurs sont d'avis que les éléments fournis par ESI et La Capitale ne permettent pas de soutenir l'argument à l'effet que le message « interaction médicamenteuse » peut être transmis en s'appuyant pour toutes les situations sur l'article 18, paragraphe 7.

En effet, les éléments fournis ne tendent pas à démontrer que les cas de gravité 1 auxquels fait référence le message « interaction médicamenteuse » réfèrent dans tous les cas à une « *situation d'urgence mettant en danger la vie, la santé ou la sécurité de la personne concernée* ».

Il demeure toutefois que La Capitale pourra communiquer aux pharmaciens un message « interaction médicamenteuse » dans les cas répondant spécifiquement au paragraphe 7 de l'article 18 de la Loi sur le secteur privé. Les conditions prescrites par ledit article devront être respectées pour chacun des cas d'interaction médicamenteuse.

## **8.6 Constat préliminaire 6**

**ESI et La Capitale devraient, lorsqu'un médicament n'est pas assuré ou lorsqu'il fait l'objet d'un rejet pour médicament en double par exemple, cesser d'utiliser le renseignement et s'en départir puisque l'objet du dossier est devenu inexistant.**

Au sujet de ce constat, M<sup>me</sup> F explique d'abord que « *(l)e mandat d'ESI ne se limite pas exclusivement à l'analyse des réclamations via le PACM mais il implique le traitement de l'ensemble des réclamations soumises par les assurés de La Capitale. À cet égard, il est nécessaire pour ESI de conserver les informations relatives à chacune des réclamations, même dans le cas où elles sont rejetées et ce, notamment à des fins de facturation ou de suivi en cas de plainte ou de contestation de la part de l'assuré.* ».

Elle ajoute que « *[c]es informations pourraient être nécessaires afin d'être éventuellement mises en preuve dans un litige pouvant opposer ESI et/ou La Capitale à un assuré ou à un tiers. À cet égard, ESI et La Capitale devraient être autorisés à conserver ces informations pendant une durée minimum de trois ans, qui constitue le délai de prescription normalement applicable. En outre, ces informations ayant une incidence sur les revenus et les dépenses d'ESI et de La Capitale, les lois fiscales exigent que de tels renseignements soient conservés pendant une durée minimale de 6 années.* ».

Pour sa part, La Capitale nous informe que « *dans tous ses traitements de dossiers d'assurance individuelle, (elle) a établi une politique de conservation des documents pour un minimum de cinq années, et ce, pour des fins fiscales et légales. La même politique s'applique au secteur de*

*l'assurance collective. ». M. E ajoute que « le délai de prescription pour intenter un recours personnel est de trois ans et le délai pour présenter une réclamation, selon le contrat d'assurance collective, est de douze mois. Le risque de recours pour un médicament non admissible à un remboursement étant évidemment plus élevé justifie à lui seul la conservation de ces renseignements. Le délai minimum serait donc de quatre ans mais ce délai ne rencontre pas d'autres exigences légales. ».*

Relativement à ce qui précède, les enquêteurs soulèvent l'incohérence des délais de conservation suggérés par La Capitale et ESI et se questionnent quant au fait que le délai de conservation du mandataire diffère de celui envisagé par le mandant.

## **9. Conclusion finale**

Compte tenu de ce qui précède, les enquêteurs concluent que :

- ◆ sauf disposition contraire, notamment dans un contrat d'assurance collective avec les employeurs, le rôle de La Capitale est d'administrer et de gérer des réclamations d'assurance;
- ◆ l'autorisation prévue au formulaire d'adhésion pour l'assurance collective doit être modifiée pour l'assuré; La Capitale doit s'assurer de la manifestation d'un consentement conforme à la loi de la part des personnes assurées et des personnes à charge adultes;
- ◆ il demeure toutefois que, sans pouvoir généraliser à l'ensemble des cas de gravité 1 faute de démonstration à cet effet, La Capitale pourrait communiquer aux pharmaciens un message « interaction médicamenteuse » en provenance d'une autre pharmacie dans les cas répondant spécifiquement à l'article 18, paragraphe 7, soit lorsque la « *communication doit être faite en raison d'une situation d'urgence mettant en danger la vie, la santé ou la sécurité de la personne concernée* »;
- ◆ il y a une incohérence entre les délais de conservation exprimés par La Capitale et ESI.

## **10. Recommandations finales**

En vertu des articles 81 et 83 de la Loi sur le secteur privé, les enquêteurs recommandent à la Commission :

- ◆ de transmettre copie du rapport final;
- ◆ d'ordonner à La Capitale :

- en l'absence d'un consentement explicite de l'assuré, de ne communiquer aux pharmaciens le message « interaction médicamenteuse » en provenance d'une autre pharmacie que dans les cas répondant spécifiquement à l'article 18, paragraphe 7 de la Loi sur le secteur privé;
- de lui fournir, dans les 60 jours de la réception de la décision, les modifications qu'elle propose d'apporter au formulaire d'adhésion à l'assurance collective en regard :
  - des précisions au consentement de l'adhérent;
  - du consentement à l'utilisation et à la communication de renseignements personnels aux fins du message « interaction médicamenteuse », le cas échéant;
  - de la manifestation des consentements des personnes à charge adultes visées par le contrat d'assurance;
- ◆ de demander à La Capitale d'informer la Commission dans les 60 jours de la réception de la décision des délais de conservation qu'elle appliquera.